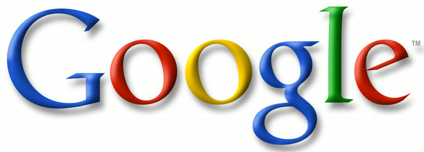






LEÇONS

SUR

LE CHANCRE.

PARIS. — TYPOGRAPHIE ET LITH. FÉLIX MALTESTE et Cie,
Rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE DE L'HÔPITAL DU MIDI.

LEÇONS

SUR

LE CHANCRE

PROFESSÉES

PAR LE DOCTEUR RICORD,

Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc.;

RÉDIGÉES ET PUBLIÉES

PAR ALFRED FOURNIER,

Interne de l'hôpital du Midi.

SUIVIES DE NOTES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES, ETC.



PARIS

CHEZ ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE,
Place de l'École-de-Médecine, 23;
Et aux Bureaux du Journal L'UNION MÉDICALE,
56, RUE DU FAUBOURG-MONTMARTRE.

1858

A Monsieur

LE DOCTEUR PH. RICORD.

MAITRE,

Des nombreuses questions que vous avez abordées dans vos leçons cliniques de l'année 1856, il en est une qui, par sa haute importance doctrinale et par l'intérêt de vos plus récents travaux, devait surtout attirer l'attention de vos auditeurs.

Cette question, je l'ai nommée par le titre même de ce petit volume; je l'ai choisie de préférence, pour donner sur les nombreux et différents problèmes qui s'y rattachent le résultat de recherches encore inédites et l'exposé de vos doctrines actuelles.

C'est donc à l'*étude du chancre* que j'ai consacré cette publication.

Limitant ainsi mon sujet, j'ai pensé que je pouvais sans crainte lui donner un développement que vous vous étiez interdit dans le cours de vos cliniques, alors que vous traitiez de la syphilis tout entière. Je ne me suis donc point borné à reproduire ici les leçons que vous avez professées sur cette intéressante question du chancre. Je me suis aidé, pour compléter mon sujet, de votre enseignement quotidien et de vos instructions familières. J'ai rassemblé, pour les annexer à votre texte, une foule de notes que j'avais recueillies de votre bouche, soit au lit des malades, soit aux consultations du Midi si fécondes en exemples pathologiques de tout genre; je me suis inspiré de vos publications antérieures, et j'y ai puisé largement; je vous ai même *copié* quelquefois, certain que tout le monde, gagnant au plagiat, excuserait le plagiaire.

Mais, pour être complet, je ne me dissimule pas que j'ai encouru un grave reproche par ce mode de travail. Votre enseignement ainsi reproduit — je le sens mieux que tout autre — perd son cachet original : la doctrine se retrouve peut-être dans ces Leçons; mais, à coup sûr, l'on n'y voit point le maître.

Aussi bien, que n'apprenez-vous à vos élèves, en même temps que la vérole, le secret de la peindre comme vous! Que ne leur donnez-vous le moyen de rendre cette parole qui dicte depuis un quart de siècle les dogmes de la syphilis, de reproduire avec tout son éclat cet enseignement inimitable qui charme en instruisant, qui sème une science à la fois profonde et facile, médicale et populaire!

Hélas! maître, vous manquez à ce livre, et il me faut tout d'abord m'excuser près de vous et de vos lecteurs de vous avoir défiguré.

Disséminant mes forces, je n'aurais fait que montrer davantage mon insuffisance. Je me suis donc restreint, je vous le répète, à un sujet unique.

Toutefois, il est plusieurs questions que j'ai cru ne pas devoir sacrifier entièrement, parce qu'elles se rattachaient d'une façon trop immédiate à l'étude du chancre. — Je leur ai consacré quelques chapitres.

Il en est d'autres encore que leur nouveauté ou leur haute importance doctrinale ne me permettait pas de distraire. Je leur ai ouvert une place soit dans le courant du texte, soit dans les notes additionnelles que vous trouverez à la fin de ce volume.

Telles sont, par exemple, les questions relatives à l'*état du sang chez les syphilitiques*, à la *contagion médiate*, à la *transmission du chancre dans ses différentes variétés*, à l'*action thérapeutique du chlorate de potasse*, à la *dualité du virus chancreux*, etc.

J'ai cru devoir rejeter de même au chapitre des pièces justificatives plusieurs documents statistiques ou autres, que leur étendue ne

me permettait pas d'insérer dans le cours de vos Leçons, sans danger de distraire l'attention des lecteurs du sujet principal.

Je serais heureux que cette distribution des matériaux que j'avais à classer pût vous satisfaire.

Vous trouverez encore, mon cher maître, çà et là, au bas de votre texte, quelques furtives notes empruntées aux premiers auteurs qui ont écrit sur la syphilis naissante. C'est qu'en effet de bien curieuses analogies rattachent à votre doctrine ces observateurs du vieux temps, pour en faire, comme on l'a dit, les *précurseurs* de votre école. Je n'ai pu toujours résister au désir de signaler cette communion d'idées à travers les âges. Quelques citations éparses — qu'il faudra me pardonner — montreront que votre doctrine a ses fondements dans les annales les plus reculées de la syphiliographie, et que s'il lui fallait une sanction, elle pourrait la demander à l'histoire où sont inscrits ses titres de noblesse.

Et maintenant, cher maître, comment vous remercier de la bienveillance infinie avec laquelle vous avez cité dans vos cliniques les quelques recherches sur la *contagion du chancre* que j'avais entreprises sous votre direction? Mieux que tout autre, cependant, vous savez que cette étude n'a de valeur que par l'attention dont vous l'avez honorée : c'est vous qui l'avez provoquée, qui l'avez suivie, qui l'avez aidée de vos conseils et de votre temps ; c'est vous seul qui pouviez en féconder les résultats.

Soyez assuré, du moins, que je n'avais pas besoin de cette distinction si touchante et si flatteuse pour moi, pour vous être attaché par les liens d'une éternelle reconnaissance. Je me souviendrai toujours que j'ai trouvé en vous plus qu'un maître bienveillant, et je ne fais aujourd'hui qu'acquitter une dette du cœur en m'associant à ce double sentiment que conservent pour vous les aînés de votre école, et, avant tous, la génération des internes que vous avez formés : affection pour l'homme, admiration pour le professeur.

A. FOURNIER.

Août 1857.

A Monsieur ALFRED FOURNIER,

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DU MIDI (1).

Mon cher ami et excellent disciple,

Je n'ai que des éloges à vous adresser.

Votre travail est aussi complet que possible..... — Je suis heureux et fier de vous avoir trouvé pour interprète. . . . .
. . . .

Vos notes, vos nombreuses observations, vos propres recherches et vos travaux statistiques que vous avez ajoutés à mes Leçons, ne peuvent qu'être bien accueillis par vos lecteurs : c'est le fruit d'études sérieuses, d'un travail persévérant et consciencieux, que je me plais à reconnaître et que je ne saurais trop encourager.

Vous avez été bienveillant pour moi autant qu'on peut l'être; recevez donc mes sincères remercîments, et croyez au bonheur que j'éprouve de vous compter parmi mes meilleurs élèves et aussi au nombre des amis auxquels je tiens le plus.

Votre affectionné,

RICORD.

Paris, 27 août 1857.

(1) J'ai cru devoir apporter cette lettre à la connaissance du public. C'est une consécration donnée par le maître à cette publication. C'est de plus la meilleure recommandation que puisse invoquer près du public médical le rédacteur de ces leçons.

(*Note de l'éditeur.*)

LEÇONS

SUR LE CHANCRE.

I.

Messieurs,

Un poète a écrit :

> L'homme absurde est celui qui ne change jamais,

c'est-à-dire celui qui place la fidélité à ses opinions au-dessus de la vérité même. J'applaudis à cette maxime ; aussi ne serez-vous pas étonnés de m'entendre, dans le cours de ces leçons, apporter quelques modifications aux doctrines que j'avais professées jusqu'à ce jour.

Définie d'une façon générale, la syphilis est une maladie contagieuse, engendrée par un virus et débutant par un accident particulier, le *chancre*.

Le chancre présente ce caractère tout spécial, qu'il est toujours

la conséquence d'un accident analogue à lui-même, et qu'il devient la source obligée d'un accident semblable. En d'autres termes, c'est à la fois l'effet et la cause de la spécificité virulente.

Le chancre naît du chancre et peut seul le reproduire.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler ici les doctrines des confusionnistes de tous les temps, qui donnent à la vérole autant de sources que la pathologie des régions sexuelles peut fournir d'accidents : la blennorrhagie, les végétations, la pustule plate, le bubon, etc. Le temps et l'observation ont fait maintenant justice de ces errements, et la lumière a lui sur les ténèbres, où l'on s'efforçait de maintenir cachée la source véritable de la vérole.

La vérole naît du chancre, et ne reconnaît pas d'autre origine : c'est là, Messieurs, un fait surabondamment démontré aujourd'hui, et que les vains efforts de quelques rares contradicteurs ne suffisent plus à mettre en doute ; c'est un fait qu'une expérience de vingt-cinq ans sur le plus vaste théâtre de la syphilis me permet de proclamer sans hésitation, et pour lequel je n'ai point à craindre de démenti des générations à venir.

Comme je l'ai dit ailleurs, le chancre est à la vérole ce que la morsure du chien enragé est à l'hydrophobie ; et, à moins d'hérédité, il n'est pas de syphilis constitutionnelle sans cet accident primitif obligé.

Le chancre est donc l'*exorde obligé de la syphilis acquise* (1).

Mais le chancre donne-t-il fatalement la vérole ? Cet accident est-il toujours le même dans sa forme ? Ses conséquences sont-elles invariablement semblables ? C'est là, Messieurs, ce qu'il me faut dès aujourd'hui étudier avec vous ; c'est là le point capital sur lequel je veux arrêter vos esprits dans le cours de ces leçons.

(1) Voyez note I.

Eh bien, voici ce que nous apprend l'observation clinique. Les manifestations pathologiques consécutives au chancre sont loin d'être identiques sur tous les sujets. Ici, le chancre s'accompagne fatalement à quelques semaines, à quelques mois d'intervalle, et au delà, d'accidents constitutionnels qui envahissent tour à tour les différents systèmes de l'organisme, la peau, les muqueuses, les viscères, les os. Là, au contraire, le chancre se borne à une action purement locale : respectant l'économie et n'entraînant à sa suite aucun accident d'infection générale, c'est tout au plus s'il étend parfois son influence jusqu'aux ganglions qui sont les aboutissants lymphatiques de la région affectée.

Dans le premier cas, c'est une diathèse qui s'établit ; c'est l'économie tout entière qui se trouve infectée. Dans le second, le chancre reste une lésion locale qui borne son effet à la région sur laquelle elle se développe.

Quel est le secret d'une semblable différence dans les manifestations consécutives du chancre ?

Avant et depuis Hunter jusqu'à notre époque, tous les syphiliographes ont expliqué, par une sorte de *réaction de l'organisme* sur le principe virulent, la raison des modalités variables de la maladie. C'est à la différence des constitutions, des tempéraments, des sexes, des idiosyncrasies, etc., qu'ils ont attribué la différence des manifestations du virus. Admettant comme incontestable l'unicité de la cause, ils croyaient à l'identité de l'effet comme FOND et ne voyaient dans la variété des formes que le résultat d'influences individuelles. D'après cette manière de voir, le chancre était une graine unique qui devait produire des fruits différents, suivant le terrain où elle se trouvait appelée à se développer.

Telle est, Messieurs, la doctrine ancienne, la doctrine de l'*unicité de la cause virulente*.

En face d'elle, se sont élevées dans notre siècle des doctrines

adverses qui tendent à expliquer la diversité des manifestations syphilitiques par la *pluralité* des causes.

Ce fut en 1815 que l'on commença à mettre en doute l'opinion qui rattachait à des idiosyncrasies les effets différents du virus. Carmichaël leva le premier l'étendard de la révolte contre les idées anciennes. Il proposa d'admettre *quatre virus* répondant chacun à des formes particulières d'accidents constitutionnels. Mais cette doctrine de fantaisie ne pouvait soutenir une analyse rigoureuse : aussi fut-elle généralement repoussée (1).

L'hypothèse de Carmichaël était déjà à peu près oubliée, lorsque j'émis à mon tour, dans mes leçons, dans mes écrits (2), cette opinion : que les différences des manifestations morbides consécutives aux chancres pouvaient bien tenir, non seulement à des conditions individuelles, mais aussi à *des différences de causes et de virus*.

Cette opinion, que je présentais seulement sous forme dubitative, a été depuis développée par l'un de mes meilleurs élèves, qui a tenté de donner à la doctrine de la dualité du virus l'autorité du témoignage historique. Tranchant la question que je laissais indécise, le docteur Bassereau a nettement conclu de la différence des manifestations consécutives aux chancres, à la diversité des causes et à la pluralité des sources. Dans cette doctrine, le chancre n'est plus une unité morbide; c'est une manifestation mixte, apparte-

(1) *An essay on venereal diseases, and the uses and abuses of mercury in their treatment.* By Richard Carmichaël, 1re édit., 1815.

Suivant M. Carmichaël, l'ulcère simple primitif (*venerola vulgaris* d'Evans) est suivi de l'injection simple du pharynx et de l'*éruption papuleuse*; — les *affections squammeuses* (psoriasis ou lepra) succèdent au chancre huntérien ou induré (syphilis vraie d'Abernethy); — la *syphilide pustuleuse* est produite par le chancre à bords élevés, sans induration; — enfin, le chancre phagédénique primitif amène à sa suite l'*ulcère phagédénique secondaire* de la gorge (pharynx, voile du palais, etc.) et l'*éruption tuberculeuse* (rupia) de la peau.

A. F.

(2) Lettres sur la syphilis, XXXIIIe lettre.

nant à deux espèces pathologiques distinctes. De ces deux espèces l'une, le chancre simple, serait *l'ulcère contagieux des organes génitaux,* connu et décrit par les anciens auteurs, Celse, Galien, etc. ; l'autre, le chancre infectant, serait le symptôme initial d'une affection d'origine nouvelle, la syphilis, la vérole (1).

Ce n'est donc plus ici l'influence du terrain qui modifie la graine, ce sont des graines différentes qui donnent naissance à des germes différents.

Mais voici venir une autre théorie.

Au lieu de faire, comme dans la doctrine précédente, deux espèces pathologiques distinctes du chancre simple et du chancre infectant, le docteur Clerc, encore un de mes élèves affectionnés, les considère seulement comme deux variétés du même virus. D'après lui, le chancre simple n'est qu'une modification du chancre infectant; c'est le résultat de l'inoculation du chancre infectant sur un sujet diathésé, c'est-à-dire subissant l'influence d'une syphilis constitutionnelle antérieure. Chacun de ces chancres se transmet isolément comme espèce pathologique distincte, et les conséquences de la contagion sont déterminées, non par telle ou telle prédisposition individuelle, mais par la nature même et l'*espèce* de l'accident où l'infection a été puisée (2).

(1) Voyez note II.

(2) Voici les conclusions textuelles du mémoire de M. le docteur Clerc, sur le *chancroïde syphilitique.*

« Le but de ce travail est d'établir :

» 1° Qu'il existe *deux variétés distinctes* de chancres syphilitiques, dont l'une est le chancre induré ou infectant ; et l'autre, le chancre non induré, non infectant ou chancre simple ;

» 2° Que chacune de ces variétés de l'ulcère syphilitique primitif se transmet comme espèce pathologique ;

» 3° Que le chancre simple ou non infectant, est le *résultat de l'inoculation d'un chancre infectant à un sujet qui a, ou qui a eu la syphilis constitutionnelle*, et qu'il est l'*analogue de la varioloïde ou de la fausse vaccine*, d'où la dénomination de CHANCROIDE que nous proposons de lui appliquer. »

Pour moi, Messieurs, je dois vous avouer qu'issues de mon école, ces doctrines, qui tendent à multiplier les sources du virus chancreux, me trouvent fort disposé en leur faveur. J'y vois, en effet, une éclatante confirmation des idées que j'ai le premier émises sur la nature, l'existence indépendante et le pronostic différent des deux variétés ou des deux espèces de l'ulcère vénérien primitif. La nécessité de créer aujourd'hui plusieurs origines aux chancres et d'en multiplier les sources, indique assez si j'étais guidé par une juste raison, alors que je m'efforçais de signaler les différences et de rechercher les conditions cliniques qui devaient permettre un jour de distinguer, dès leur début, ces deux formes d'ulcération.

Mais abandonnons les théories, Messieurs, et rentrons dans le domaine de la clinique.

Je viens de vous dire qu'il existe deux variétés du chancre. Il me reste à vous entretenir des caractères propres à chacune d'elles.

J'étudierai en premier lieu le chancre simple, non infectant, celui que le docteur Clerc a désigné, dans ces derniers temps, sous le nom de chancroïde.

II.

DU CHANCRE SIMPLE, CHANCRE MOU, CHANCRE NON INFECTANT.

I.

Fréquence relative du chancre simple et du chancre infectant. — Existe-t-il quelque immunité contre le chancre simple? — Sujets prétendus réfractaires. — Les deux mille deux cents chancres du docteur L....... — De l'inoculation du chancre sur les espèces animales.

Des deux variétés du chancre, c'est, sans contredit, la variété *non infectante* que l'on rencontre le plus souvent (1). Il est donc vrai

(1) Voici la statistique que j'ai dressée pour M. Ricord, sur les chancres observés en un trimestre à la consultation du Midi :

Nombre de chancres observés.		341
Chancres indurés ou infectants.	126	
Chancres simples, non infectants. . . .	215	

Ce dernier chiffre, 215, est évidemment bien au-dessous de la proportion véritable. Il faudrait l'augmenter, en effet : 1° d'un très grand nombre de chancres simples qui, cicatrisés plus ou moins rapidement et n'entraînant à leur suite aucun accident constitutionnel, n'amènent point les malades à nos consultations ; — 2° d'un nombre au moins égal de *balano-posthites*, dans lesquelles la tuméfaction du prépuce et le phimosis inflammatoire empêchent de reconnaître l'existence simultanée d'un chancre simple, etc....

En sorte que sur TROIS chancres donnés, DEUX *au minimum* appartiendraient à la variété simple ou molle, *un seul* à la variété infectieuse. C'est dire qu'*un seul chancre sur trois donnerait la vérole.*

M. Puche est arrivé à une proportion bien plus rassurante encore.

La statistique établie par ce savant médecin repose sur le nombre formidable

de dire que, dans l'énorme majorité des cas, le *chancre ne donne pas la vérole.*

Cet excès de fréquence relative du chancre simple trouve son explication dans ce double fait :

1° Le chancre simple est la source la plus féconde du virus chancreux ; c'est la forme d'ulcération qui sécrète le pus le mieux doué de propriété contagieuse, et qui conserve le plus longtemps la faculté d'inoculation.

2° Il ne crée aucune immunité contre la nouvelle contagion d'un chancre de même espèce, c'est-à-dire contre sa reproduction sur un même individu. L'on sait qu'au contraire (et j'aurai bientôt l'occasion d'insister longuement sur ce point) le chancre induré ne se produit, comme règle générale, qu'une seule fois sur le même sujet.

C'est vainement, Messieurs, qu'on chercherait dans telle ou telle disposition de l'organisme des conditions prophylactiques contre cette variété du chancre. Je ne connais pas, je n'ai jamais rencontré de sujet réfractaire à son virus. Devant une bonne lancette, chargée d'un pus recueilli sur un chancre simple, à la période de spécificité virulente, il n'existe pas d'*immunité*.

Cette proposition, que j'ai formulée depuis longtemps, et que les folles tentatives de la syphilisation n'ont pas infirmée, je la for-

de DIX MILLE chancres observés de 1840 à 1852, tant à l'hôpital du Midi qu'à sa consultation particulière. Or, ces dix mille chancres sont ainsi répartis :

Chancres indurés.	1,955
Chancres simples.	8,045
Total. . .	10,000

C'est-à-dire, en chiffres ronds, 2,000 chancres indurés contre 8,000 chancres mous, ou, plus simplement encore, quatre chancres mous contre un chancre infectant : proportion bien supérieure à la nôtre. A. FOURNIER.

mule encore aujourd'hui, avec la conviction d'une expérience vieillie de vingt-cinq ans!

Ni l'âge, ni le sexe, ni les idiosyncrasies, ni les conditions pathologiques antérieures ne s'opposent à la contagion du chancre mou.

Les syphilisateurs ont cru me donner un démenti, ils ont cru produire des individus réfractaires. Vous savez, Messieurs, ce qu'est devenue l'immunité prétendue de ces sujets invulnérables, devant une lancette chargée d'un bon pus chancreux. Où sont donc aujourd'hui les sujets syphilisés? Est-ce le fameux M. L... qu'on avait donné pour exemple, et qui, de son propre dire, n'avait paru réfractaire que « grâce à l'impuissance du pus qu'on avait employé pour l'inoculation? » Est-ce cet intrépide expérimentateur, M. Lindmann, qui s'est inoculé DEUX MILLE DEUX CENTS CHANCRES ET PLUS, sans avoir encore mérité cette bienheureuse saturation, dernier vœu des syphilisateurs (1) ?

Non, Messieurs, je vous le répète, *il n'existe pas d'immunité contre la contagion du chancre simple*. Dans tous les cas, personne encore n'a été réfractaire à une première inoculation. Le chancre simple est une graine qui germe sur tout terrain et qui, sur le même sol, se reproduit à l'infini. Le tout est que la graine soit bonne et propre à germer.

A défaut de l'homme, les animaux sont-ils réfractaires à ce virus? Notez, Messieurs, que je ne parle ici que d'une seule variété de l'ulcère vénérien primitif, le chancre simple.

Eh bien, de toutes les expériences entreprises jusqu'à ce jour sur ce sujet, il résulte ceci : c'est que l'on n'est jamais parvenu à produire sur les animaux, par l'inoculation directe, une ulcération à développement *extensif* et *continu*, ce qui est le propre du chancre chez l'homme. Tout se borne à une petite plaie, résultat

(1) Voyez note III.

de la piqûre, et cette plaie présente ce caractère remarquable, de tendre d'une façon presque irrésistible à la guérison.

Il est vrai que si l'on recueille le pus déposé à la surface de cette ulcération et qu'on le reporte sur l'homme, l'on *peut* reproduire un chancre. Mais peut-être bien le virus qui sert à cette inoculation n'est-il que le virus *humain* transporté sur l'animal et conservé sur lui comme en dépôt, à la façon d'une graine sur un terrain de transplantation (1).

Ce qu'il y a de certain, c'est que, *transplanté* sur les animaux, le chancre s'y éteint rapidement. Une piqûre, une gouttelette de pus, une croûte, puis une cicatrisation rapide, voilà ce qui succède à l'insertion du pus virulent. Au lieu de germer et de s'étendre comme sur l'homme, le chancre végète et meurt sur l'animal, comme fait une graine sur un sol étranger.

(1) Voir, à ce sujet, la remarquable lettre de M. Cullerier à M. le docteur Am. Latour, lettre qui se termine par ces mots :

« Eh bien ! que fait-on donc ? Qu'a donc fait M. Auzias ? — Une solution de continuité qui s'est enflammée, qui a produit du pus parfaitement innocent d'abord, mais qui ensuite et promptement, est devenu virulent par son mélange avec le pus dont on recouvrait incessamment la plaie, ou avec celui qui, déposé sous l'épiderme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané, y a fait épine, y a déterminé une inflammation phlegmoneuse, non comme pus spécifique, mais comme corps étranger......

..... Il y a eu tout simplement, comme d'ailleurs M. Ricord paraît disposé à l'admettre, un *dépôt* de matière virulente sur l'animal, qui a servi de véhicule entre le malade de l'hôpital du Midi et le courageux confrère allemand qui s'est soumis à l'expérience. En un mot, c'est encore l'histoire de la CONTAGION MÉDIATE. Le pus virulent, au lieu d'être déposé sur un corps inerte, comme dans les expériences de M. Ricord, et comme dans quelques-unes des miennes sur l'inoculation médiate, le pus virulent, dis-je, a été déposé, maintenu au chaud dans la peau et sous la peau du singe.... Pour moi, il n'y aura de véritable inoculation de la syphilis primitive de l'homme au singe que lorsqu'on aura déterminé une ulcération suppurante, qu'on pourra laver à plusieurs reprises, afin de la débarrasser complétement du pus qui l'aura produite et qu'on transportera ensuite, soit sur le singe lui-même, soit sur l'homme. Jusque-là, il ne me sera pas possible de voir autre chose qu'un *dépôt* avec ou sans production d'inflammation suppurative. » — CULLERIER.

Peut-on croire, d'après cela, que le chancre (notez encore que je parle du chancre *en général,* me réservant de revenir plus tard sur ce qui a trait au chancre infectant), peut-on croire, dis-je, que le chancre soit *réellement transmissible* aux animaux? C'est ce qui reste en doute pour moi, et ce que mes collègues du Midi, MM. Puche (1) et Cullerier, se refusent absolument à admettre.

II.

Siége. — Particularité relative au *chancre céphalique*; importance doctrinale de cette question.

Venons maintenant, Messieurs, à une autre question du plus haut intérêt, celle du siége que peut occuper la variété du chancre que nous étudions actuellement.

Lorsque je ne faisais qu'une même unité pathologique des deux variétés de chancres, je disais, sans distinction : le chancre peut se produire *partout*. Mais, aujourd'hui que de nouvelles études m'ont amené à séparer plus complétement ces deux variétés (je pourrais presque dire ces deux *espèces*), je modifie ma proposition et je fais mes réserves.

Le chancre induré, Messieurs, peut se montrer *partout*. La surface du corps lui appartient de la tête aux pieds. Son domaine est universel.

Mais en est-il de même du chancre mou? Permettez-moi, Messieurs, d'arrêter ici votre attention sur un fait bien singulier dont

(1) « J'ai tenté l'inoculation du chancre sur un nombre considérable d'animaux (lapins, chats, cochons d'Inde, poules, etc...) et je n'ai jamais obtenu un seul résultat *positif*. J'affirme que la piqûre ne produit même pas d'irritation locale, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même. » — M. Puche, *Comm. orale.*

A. F.

le secret m'échappe, et dont je vous appelle à méditer longuement l'inexplicable mystère.

Je vous ai présenté, dans mes salles, de nombreux exemples de chancres mous développés sur les régions du corps les plus différentes, sur les organes génitaux, sur les cuisses, sur les jambes, les bras, l'abdomen, le dos, le thorax, etc. Je vous en ai montré *partout*, — partout, sauf en un point, la *région céphalique*.

C'est qu'en effet, Messieurs, durant vingt-cinq ans de pratique, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas bien authentique de chancre mou développé sur la face ou sur le crâne. Et pourtant, c'est par centaines qu'il me faudrait compter les exemples de chancres céphaliques qui se sont présentés à mon observation. J'en ai rencontré sur toutes les régions de la tête, soit aux lèvres, soit à la langue, soit aux paupières, soit au front, soit aux narines, soit enfin sur des points où leur présence paraît le plus inexplicable, comme au milieu du cuir chevelu, comme au sinciput!

Eh bien, Messieurs, tous ces chancres appartenaient toujours, et comme *fatalement*, à une seule et même espèce de chancre, à l'espèce indurée. Ils s'accompagnèrent tous des symptômes propres à la vérole constitutionnelle. Pas un ne resta exempt d'induration, pas un ne se borna aux limites d'une lésion locale, sans retentissement sur l'économie, sans phénomène d'infection générale (1).

(1) Je ne parle pas d'un fait que j'ai publié autrefois. Cette observation, relative à un chancre non induré de la gencive, paraîtrait devoir constituer une exception des plus concluantes, si je n'étais devenu, depuis l'époque déjà très éloignée où je l'ai recueillie, beaucoup plus *exigeant*. Je dis bien, dans cette observation, qu'il s'agit d'un chancre non induré de la gencive, contracté avec une femme ayant des chancres, et non suivi, après le temps voulu, d'accidents constitutionnels; mais j'aurais dû ajouter que *je n'avais pas vu la femme qui avait communiqué cette ulcération*, et que les chancres dont il était question pour elle n'avaient été constatés que par le malade lui-même ! Il est également

Une fois, pourtant, j'ai cru mes recherches couronnées de succès. C'était sur un malade qui m'avait été adressé de Bordeaux par mon excellent collègue, M. le docteur Venot. Ce malade présentait à la lèvre une ulcération de forme phagédénique, simulant, au premier aspect, un chancre parfait. La base sur laquelle reposait cette ulcération n'offrait qu'un très léger épaississement inflammatoire, mais était absolument exempte de l'induration spécifique du chancre infectant. Je crus tout d'abord à un *chancre mou* de la lèvre subissant la déviation phagédénique. Mais un examen plus rigoureux ne tarda pas à me faire revenir sur ce premier diagnostic un peu précipité. Ce fut vainement, en effet, que j'explorai la région sous-maxillaire, pour y chercher le bubon symptomatique de l'accident primitif à forme molle; je n'y pus constater le moindre retentissement ganglionnaire. De plus, lorsque je vins à analyser plus attentivement l'ulcération que j'avais sous les yeux, j'y reconnus plutôt les caractères d'une variété de lupus que ceux d'un véritable chancre. Le malade refusa l'inoculation, et la nature de l'affection demeura *au moins incertaine*.

Depuis cette époque, Messieurs, il ne s'est jamais présenté à mon observation un second fait analogue. Mes collègues du Midi n'ont pas été plus heureux que moi. MM. Puche et Cullerier m'affirmaient encore, dans ces derniers jours, qu'il ne leur était jamais arrivé de rencontrer un seul chancre mou, non infectant, de la région céphalique.

Dépassons l'enceinte de cet hôpital. Interrogeons les annales de la science; fouillons les recueils français et étrangers. Savez-vous ce que nous fournira ce laborieux inventaire? Deux observations

important de faire observer que je *n'avais pas eu recours à l'inoculation artificielle*, comme dernier *criterium*, et que, par conséquent, il est permis de douter de la précision du diagnostic et de la valeur absolue de l'observation.

RICORD.

de chancres labiaux non infectants, non suivis de vérole constitutionnelle.

Mais ces deux observations, dont la première appartient à mon élève et ami le docteur Bassereau, et la seconde à l'un de nos estimables collègues des hôpitaux, ne sont peut-être pas assez complètes pour être prises en sérieuse considération et constituer une exception à cette règle qui, jusqu'à présent, semble être générale : l'induration constante, le caractère fatalement infectieux du chancre céphalique.

Pardonnez-moi, Messieurs, cette rigueur envers les autres, comme envers moi-même, car on ne saurait s'entourer de trop de garanties contre l'erreur dans une question de ce genre, dont la solution se rattache aux doctrines les plus graves de la syphilis.

Je ne nie point le chancre *mou* céphalique, je n'en conteste pas la possibilité. Bien au contraire, je crois qu'il doit exister et je l'appelle de tous mes vœux, car, je le répète, j'en ai besoin pour un nouveau point de doctrine. Mais je ne puis que vous parler d'après les faits observés, et je maintiens, en conséquence, cette proposition : c'est que, jusqu'à ce jour, il n'existe pas un fait bien établi de chancre mou développé sur la face, ou, d'une façon plus générale encore, de *chancre mou céphalique*.

Et cependant, Messieurs, c'est le chancre mou qui produit la source la plus féconde de pus virulent, c'est le chancre mou dont le pus est le plus facilement et le plus longtemps contagieux ; c'est celui qui répond le mieux à l'inoculation.

Pourquoi la région céphalique serait-elle réfractaire à son puissant virus ?

C'est là, Messieurs, une question *capitale* dont vous comprendrez mieux encore l'importance, lorsque j'aurai discuté devant vous le mode de transmission des différentes variétés du chancre. L'immunité apparente de la région céphalique contre la conta-

gion du chancre mou est un fait dont il faut tenir un compte sérieux, et que je vois, à regret, éluder par de puériles excuses ou des interprétations inacceptables (1).

Mais, à part cette exception encore inexplicable, l'une et l'autre variété d'ulcération primitive peuvent, je vous le répète, se rencontrer partout, sur toute l'étendue des téguments. Et si le chancre, quel qu'il soit, affecte plus souvent certains organes, comme le gland et la vulve, et certains points particuliers dans ces organes, cela ne dépend, vous le comprenez facilement, que de la manière dont il est contracté, et non d'une tendance spécifique de ces parties à se laisser inoculer de préférence (2).

III.

Mode de propagation et conditions de développement du chancre. — De l'inoculation et du chancre d'inoculation. — De l'ecthyma primitif.

Après cette question du siége, étudions, Messieurs, le mode de propagation et les conditions de développement de l'ulcère vénérien primitif.

Est-il besoin d'un acte vital pour que le chancre se transmette? L'orgasme vénérien, le spasme cynique, sont-ils nécessaires à la propagation du virus? Vaines croyances, Messieurs, doctrines délaissées. Les conditions physiologiques de l'acte génital ne sont pour rien dans la contagion. Il s'agit de l'application du pus virulent sur les tissus, *de quelque façon qu'elle se produise*. Mais il

(1) Voyez la note IV.
(2) Voyez la note V.

faut que ces tissus soient dans des conditions de réceptivité qui les rendent propres à subir l'influence du pus contagieux.

La condition la plus favorable à la contagion est une solution de continuité, une éraillure, une plaie d'origine quelconque, surtout récente, siégeant sur les organes qui se trouvent exposés. C'est, en effet, sur les parties les plus susceptibles de se laisser déchirer, en raison soit de la finesse des tissus, soit de dispositions anatomiques spéciales, que nous voyons le chancre se développer le plus souvent. Cela explique, par exemple, sa prédilection pour la commissure inférieure de la vulve, pour le frein, pour la muqueuse préputiale, etc...

Supposez, au contraire, qu'une partie des téguments, bien intacte et recouverte d'un bon épiderme, soit exposée, durant un temps plus ou moins long, au contact du pus virulent : ce contact restera *presque* à coup sûr sans résultat, et la contagion ne se produira pas. C'est grâce à l'immunité des surfaces exemptes de toute ulcération et pourvues d'une doublure épidermique résistante, qu'il nous est permis de toucher et de manier chaque jour plusieurs centaines de chancres, sans subir nous-mêmes la contagion.

La même raison vous explique encore comment l'on peut échapper à la contagion dans un rapport avec une femme affectée de chancres.

Cette immunité s'étend même aux muqueuses que recouvre seulement un épithélium beaucoup moins épais et plus facilement vulnérable. M. Cullerier, notre savant et laborieux confrère, a prouvé, par deux expériences mémorables, qu'on pouvait déposer du pus virulent sur une muqueuse intacte et l'y abandonner un certain temps, sans déterminer la production d'un chancre (1).

(1) Cullerier. — *De quelques points relatifs à la contagion médiate de la syphilis.* — V. la note VI, où ces expériences se trouvent relatées en détail.

Toutefois, Messieurs, il ne faudrait pas croire que la pénétration du pus virulent ne se fît que par des solutions de continuité ou, pour ainsi dire, par des portes d'entrée préparées à l'avance. Le pus du chancre peut lui-même se *préparer ses voies* et s'ouvrir la tranchée. Mais alors, voici ce qui se produit : Déposé à la surface des téguments, ce pus, très âcre, très irritant, développe une excitation analogue à celle que produit l'application sur la peau de toute substance irritante : survient un érythème. Puis la cause d'irritation subsistant, une ulcération superficielle se manifeste ; l'épiderme s'érode et le derme se dénude. Dès lors, la solution de continuité se trouve établie, la tranchée est ouverte et le pus virulent pénètre dans l'organisme (1).

Donc, double mécanisme pour la production du chancre : 1° contact du pus virulent avec des surfaces ulcérées ; contagion immédiate, *instantanée ;* 2° dépôt du pus sur des surfaces saines qui se laissent éroder et ulcérer ; inoculation consécutive, *retardée* par la résistance des tissus.

Voilà, Messieurs, pour les conditions qui tiennent au tissu, étudions maintenant celles qui dépendent de la matière virulente.

Il suffit à la contagion que le pus n'ait pas subi d'altération. Point n'est besoin qu'il soit versé par l'organisme infecté dans l'organisme qui va subir l'infection ; point n'est besoin qu'il soit chaud et récent. J'ai pu conserver le pus virulent dans des tubes

(1) L'on conçoit l'apparition tardive de quelques chancres et ces longues incubations dont on a tant parlé et tant abusé, lorsqu'on tient compte des deux circonstances suivantes, à savoir : 1° Le pus virulent peut rester longtemps séparé de l'ulcère qui l'a produit, sans que ses propriétés contagieuses se perdent et s'anéantissent ; — 2° il peut séjourner sans action sur les tissus, jusqu'à ce que ceux-ci, irrités et dénudés consécutivement à l'application de la matière virulente, lui offrent une voie de pénétration. — R.

bien fermés pendant huit, dix, quinze et même dix-sept jours, sans lui rien enlever de ses propriétés virulentes.

Mais, si ce pus vient à être altéré d'une façon quelconque par des réactifs chimiques ou par un altérant organique, tel que la gangrène (1), il perd dès lors sa propriété essentielle. Il n'est plus contagieux, il n'est plus inoculable.

Quant au mode de transport, je n'ai pas besoin de vous dire qu'il est essentiellement multiple et variable. Tous les contacts possibles, *imaginables,* peuvent devenir l'origine du chancre (2). Aussi vous arrivera-t-il souvent de rencontrer cet accident sur les régions qui paraissent le moins destinées à le recevoir.

Des différents modes de contagion il en est un que l'art peut instituer, et auquel vous me voyez souvent recourir : c'est l'*inoculation.*

L'inoculation, Messieurs, c'est une contagion artificielle, médicale ; c'est, comme on l'a dit, l'art imitant la nature. Voyez ce que fait le praticien qui veut inoculer un chancre : une petite plaie sur laquelle il dépose une gouttelette de pus virulent. Or, je vous le demande, la nature a-t-elle d'autre procédé pour semer la même graine ?

Il n'existe donc aucune différence entre l'inoculation dite phy-

(1) Dans le cours de cette année, sept inoculations ont été pratiquées avec le pus provenant de chancres à forme gangréneuse, et sept fois l'inoculation est restée négative. A. F.

(2) « Il n'y a rien dans la contagion qui exige des conditions vitales particulières, un état spécial de l'organisme et l'exercice d'une fonction quelconque. Tout se réduit à un phénomène traumatique et mécanique...... C'est ainsi que les observations de Fallope et de Hunter, de chancres contractés en touchant à des lunettes de lieux d'aisances ; celles de Fabrice de Hilden, d'accidents pris en couchant dans des draps où des personnes infectées avaient déjà couché, et *tant d'autres* enfin sont devenues incontestables. » — R.

siologique et l'inoculation artificielle. Le chancre ainsi produit, à la pointe de la lancette, est l'analogue du chancre ordinaire, comme la variole d'inoculation est l'analogue de la variole spontanée.

Au point de vue de la pathogénie du chancre, l'inoculation va nous fournir un précieux moyen pour produire à volonté l'espèce pathologique dont nous désirons étudier les caractères, et nous permettre d'en suivre les développements dès les premiers instants de son apparition.

Vous venez, je suppose, de pratiquer une légère piqûre sous l'épiderme avec une lancette chargée de pus virulent.

Que va-t-il se produire?

Remarquez, je vous prie, que les phénomènes vont être immédiats, et que le travail morbide s'établit à dater du moment où la cause spécifique est mise en contact avec les tissus.

Le point piqué commence par rougir et s'entourer d'une légère *auréole* inflammatoire; il se tuméfie, tandis que celle-ci s'élargit, et bientôt on voit naître une *papule*. Au sommet de cette papule, l'épiderme se soulève; une petite vésicule apparaît, pleine de sérosité: elle s'accroît; son liquide se trouble, devient purulent, et une véritable *pustule* lui succède. Cette pustule s'ombilique à son centre; puis, après un certain temps, elle s'affaisse et s'aplatit. Alors de deux choses l'une : ou bien la pustule se rompt, en laissant à découvert une ulcération d'égale étendue qui constitue le véritable *chancre;* ou bien elle reste intacte, se dessèche sur place, et se recouvre d'une croûte brunâtre, qui peut s'accroître avec l'ulcération qu'elle recouvre. A ce moment, si vous veniez à soulever cette croûte, vous trouveriez au-dessous l'ulcération spécifique dont je viens de vous parler.

Eh bien, supposons l'ulcération découverte, et voyons quels en sont les caractères.

C'est une ulcération qui se présente avec un aspect tout spécial et sous une forme qui lui est propre. Sa circonférenee est très régulièrement *arrondie,* pourvu toutefois que la pustule se soit developpée sur des tissus homogènes (1). Ses bords sont *nettement taillés,* comme si la perte de substance avait été produite par un emporte-pièce; ils sont, de plus, un peu renversés en dehors et légèrement décollés.. A la loupe, on peut constater qu'ils offrent de légères dentelures. Le fond de l'ulcère, le plus souvent irrégulier, comme vermoulu, présente en général une coloration légèrement *grisâtre;* il semble recouvert d'une matière lardacée, sorte de *pseudo-membrane* très adhérente qu'on ne peut détacher par le lavage. La base sur laquelle repose l'ulcère est en général épaissie et engorgée; elle est circonscrite par une auréole de coloration rouge, quelquefois violacée, plus ou moins étendue en dehors de la circonférence de l'ulcération.

Cet ulcère s'agrandit et s'étend. Il sécrète un pus en général mal lié, séreux, roussâtre, chargé de détritus organiques, quelquefois cependant crêmeux, épais et véritablement phlegmoneux : pus assez analogue, par ses caractères extérieurs, à la sécrétion des plaies ordinaires; mais pus *spécifique* par le virus qu'il tient en suspension.

(1) Quand tous les points de l'ulcère ne portent pas sur des tissus homogènes, comme cela arrive lorsqu'une partie est placée sur la face intérieure de la base du prépuce, et l'autre sur la couronne du gland, le chancre perd sa forme circulaire. Il en est de même lorsque le chancre s'établit dans une solution de continuité préalable et à forme déjà déterminée, comme dans les fissures du prépuce, de la fourchette, de l'anus, etc..., et lorsqu'il se développe dans des replis et des enfoncements qui permettent aux parties voisines de se toucher.

Ajoutez encore que plusieurs chancres empiétant plus ou moins l'un sur l'autre peuvent perdre ainsi, en apparence, leur forme circulaire. (*Notes à Hunter.* — RICORD.)

Après avoir progressé un certain temps, l'ulcération peut rester stationnaire. C'est la période de *statu quo* spécifique, pendant laquelle l'humeur sécrétée conserve les caractères du pus virulent.

Puis, sous la seule influence de la nature, ou par les secours de l'art, un travail de cicatrisation s'établit. Le fond de l'ulcère se déterge et prend une coloration rosée, analogue à celle des plaies qui bourgeonnent; les bords s'affaissent; l'auréole disparaît; l'engorgement de la base diminue. La cicatrisation envahit la circonférence de la plaie, puis s'étend vers le centre et finit par se compléter.

A cette dernière période, la *spécificité est éteinte;* le pus sécrété n'est plus que l'analogue du pus des plaies simples. Il a perdu toute propriété virulente (1).

Voilà, Messieurs, le chancre d'inoculation; voilà la forme modèle du chancre.

Comme vous le voyez, le chancre d'inoculation est un accident PUSTULEUX. C'est une pustule qui recouvre une ulcération, et rien de plus. C'est un ECTHYMA à tendance destructive et à pus contagieux, spécifique (2).

(1) Hunter disait: Sans doute le pus qui est sécrété *le dernier* par un chancre n'est pas *vénérien*. — (*Du bubon*, ch. I.) A. F.

(2) Hunter connaissait cette forme initiale: il a décrit le chancre ecthymateux: « Lorsque le virus est appliqué sur un point de la peau où l'épiderme est plus dense que celui du gland ou du frein, par exemple, sur la peau du corps de la verge ou sur la face antérieure du scrotum, parties qui sont très exposées à l'application du pus vénérien, le chancre apparaît ordinairement sous *la forme d'une* VÉSICULE, *qui le plus souvent se recouvre d'une* CROUTE, à cause de l'évaporation du liquide qui y est contenu. La croûte est généralement enlevée par le frottement ou arrachée, et il s'en forme une nouvelle plus large que la première, etc...... » A. F.

Il est curieux de voir M. Gibert, qui nie le début pustuleux du chancre,

Le chancre de contagion naturelle se produit-il également sous cette forme ? Oui, Messieurs, et je n'hésite pas à dire qu'il est le plus souvent l'analogue du chancre produit artificiellement à la pointe de la lancette. C'est, au début, une pustule d'ecthyma. Seulement, nous sommes appelés rarement à le constater sous cette forme essentiellement initiale, parce qu'il ne se trouve pas dans des conditions aussi favorables pour son complet et *régulier* développement que la pustule artificielle, éclose et surveillée sous un verre de montre, à l'abri des froissements et des déchirures.

Mais cette forme pustuleuse n'est pas la seule sous laquelle se présente le chancre de contagion. Il en est une autre qu'il affecte souvent, et voici dans quelles conditions on l'observe : c'est lorsque le pus virulent est déposé sur une surface dénudée, sur une plaie, sur une écorchure. La pustule est physiquement impossible sur des régions où l'épiderme n'existe plus. Aussi, l'ulcération se produit-elle d'emblée.

Pustule ecthymateuse, ulcération d'emblée, voilà, Messieurs, les deux formes sous lesquelles vous rencontrerez le plus souvent le chancre au début. Il en est d'autres encore que je pourrais vous signaler ; telles que la forme furonculeuse, qu'on voit fréquemment succéder dans l'aine à l'inoculation des piqûres de sangsues ; la forme par abcès, beaucoup plus rare, etc... Mais je passe rapidement sur ces faits exceptionnels, pour aborder des questions d'un intérêt plus pressant.

écrire, page 258, de son *Manuel des Maladies de la peau* (édit. 1839) « L'inoculation par la lancette du virus vénérien est suivie d'une PUSTULE, à laquelle succède un ulcère qui a tous les caractères du chancre. »

Il me semble qu'une fois ce point admis, mon savant confrère aurait bien pu convenir qu'il n'est pas difficile que dans les rapports sexuels, ou autres, il puisse se rencontrer une circonstance analogue à celle que fait naître la lancette, c'est-à-dire l'insinuation du pus sous l'épiderme ou l'épithélium. — R.

Ce que je viens de dire, Messieurs, de l'inoculation et des développements du chancre, se rapporte presque aussi bien à l'une qu'à l'autre de ses variétés. Il me faut maintenant aborder plus spécialement l'histoire du chancre simple et l'étude des signes pathologiques qui doivent le faire distinguer de son congénère.

IV.

Caractères propres au chancre simple. — État de la base.

Le caractère capital du chancre simple, celui que vous me voyez interroger tout d'abord, lorsque j'examine un malade, c'est l'*état de la base* sur laquelle il repose. Cette base, Messieurs, peut être exempte de tout engorgement inflammatoire; elle peut offrir au doigt une souplesse presque égale à celle des tissus sains. Dans ce cas, le diagnostic se trouve établi sans difficulté. Mais il peut arriver aussi que les tissus qui supportent le chancre soient le siége d'un épaississement plus ou moins considérable et présentent une résistance insolite. Si vous venez alors à saisir cette base entre les doigts et à la presser légèrement, de façon à bien apprécier le degré de résistance des parties, vous percevrez exactement la même sensation que si vous pressiez la base engorgée d'un furoncle. C'est un tissu dur, dense, résistant, que vous tenez sous les doigts; mais cette dureté, que j'appellerai avec vous *dureté phlegmoneuse*, est bien distincte de l'induration spécifique qui appartient à l'autre variété du chancre et que j'aurai bientôt à vous faire connaître.

Dureté, induration, voilà, Messieurs, des mots qui doivent vous sembler complétement synonymes, et qui, cependant expriment

conventionnellement des choses bien différentes. C'est qu'en effet, le langage est souvent impuissant à traduire et à *différencier* toutes les nuances de nos sensations. Mais rassurez-vous, derrière cette subtilité de langage, il ne se cache point de finesse pathologique. Les mots seuls se ressemblent, et les choses qu'ils expriment sont à la fois très dissemblables et très faciles à distinguer.

Le caractère de la base est le premier signe et le plus important qu'il faille interroger dans l'examen méthodique d'un chancre. Seul, je ne crains pas de le dire, il suffirait le plus souvent à une distinction rigoureuse des deux variétés de l'ulcère vénérien primitif.

Telle est, toutefois, la richesse séméiologique de la vérole, qu'elle nous fournit d'autres éléments complémentaires de ce diagnostic, au nombre desquels figure en première ligne le *bubon*.

V.

Caractères propres au chancre simple : BUBON. — Le bubon ne se produit que sur les ganglions superficiels ; il ne dépasse jamais le premier groupe de ganglions où aboutissent les lymphatiques de la partie malade. — Bubon symptomatique du chancre simple. — Le bubon est-il obligé, nécessaire, avec cette forme de l'accident primitif ? — Deux variétés : Adénite simple ; — Adénite spécifique ou bubon d'absorption, chancre ganglionnaire. — Bubon phagédénique. — Epoque d'apparition. — Bubon spécifique, à trois ans de date de l'origine du chancre.

Le chancre *peut* ou *doit,* suivant sa nature, exercer un rayonnement d'influence sur les ganglions, qui sont les aboutissants des vaisseaux lymphatiques de la région qu'il occupe.

Un fait bien remarquable tout d'abord, c'est que ce retentissement symptomatique ne se produit jamais, comme l'avait déjà

signalé Hunter, que sur les *ganglions superficiels;* qu'il se borne toujours *au* PREMIER GROUPE *de glandes où viennent se rendre les lymphatiques de la partie malade.*

Jamais, dans les ganglions profonds, jamais dans les lymphatiques qui viennent y aboutir ou qui en émanent, vous ne rencontrerez ce qui caractérise le bubon spécifique, je veux dire le pus virulent, inoculable, *primitif.* Il y a donc, comme je l'ai écrit ailleurs, une sorte de barrière que le pus chancreux ne peut franchir, et cette barrière c'est le premier groupe de ganglions qui se trouve en rapport direct avec le chancre.

Mais, chose plus remarquable encore, alors même que l'une des glandes superficielles suppure *spécifiquement* à la suite d'un chancre, c'est-à-dire se trouve convertie en un véritable *foyer chancreux*, l'absorption qui doit s'exercer sur le pus de ce bubon n'infecte point les vaisseaux lymphatiques qui en émergent, non plus que la glande qui leur fait suite. Comme si l'infection virulente ne pouvait se transmettre d'un ganglion à un autre par la voie des lymphatiques inter-ganglionnaires.

Ce résultat singulier de l'observation clinique la plus rigoureuse, la théorie n'a pu, jusqu'à nos jours, en rendre un compte sérieux. Hunter, qui l'interprétait ou croyait l'interpréter par une « *inaptitude* des glandes profondes à devenir le siége de l'irritation vénérienne (1), » n'a fait en réalité que reculer la question sans la résoudre.

Mais quelle qu'en soit l'explication, le fait subsiste, et je puis vous donner comme incontestable cette proposition : le rayonnement morbide du chancre se limite au premier groupe de gan-

(1) Hunter. — *Du bubon*, chap. I.

glions le plus voisin de la surface ulcérée ; il ne le dépasse jamais ; il ne s'étend jamais *au delà* (1).

Je puis ajouter que vous ne le constaterez jamais *ailleurs*.

Voici, toutefois, un fait d'observation qui semblerait donner un démenti à la proposition précédente. Il arrive fort souvent qu'un individu portant un chancre sur la verge, du côté *droit,* je suppose, présente une adénite de l'aine *gauche*. Le rapport obligé du chancre et du bubon paraît ici faire défaut. Eh bien, il n'en est rien, car l'anatomie nous explique cette exception apparente par l'entrecroisement des lymphatiques sur la ligne médiane.

Le fait capital, dans l'histoire du bubon, c'est que chacune des deux variétés de chancre a son retentissement ganglionnaire *spécial*.

Le chancre simple, non induré, n'exerce pas sur les ganglions une action fatale et nécessaire ; souvent, le plus souvent même, avec cette forme de l'accident primitif, les ganglions restent calmes et froids (2). Mais cette action s'exerce-t-elle, elle se produit avec des caractères fort tranchés et *très différents de celle qui accompagne l'autre variété variété du chancre*. C'est un *bubon aigu* qui se déclare, bubon inflammatoire, douloureux dès le début, marchant rapidement et le plus souvent, d'une façon nécessaire, à la suppuration, pouvant enfin reproduire à distance un accident analogue à celui dont il est né, c'est-à-dire un véritable chancre ganglion-

(1) Je ne parle pas ici, bien entendu, du *bubon secondaire*, adénopathie constitutionnelle, se produisant à une époque plus reculée, sous l'influence de la diathèse et sans relation anatomique avec le siége de l'ulcération primitive.

(2) Voici quelques chiffres à ce sujet que j'ai fait recueillir cette année par mon interne :

« Malades affectés de chancres simples. 207
» Chancres simples *avec bubon*. 65
» Chancres simples *sans bubon*. . . . . 142 » A. F.

naire. De plus, ce bubon n'affecte en général qu'une seule des glandes de la région où il se produit : c'est une adénite essentiellement *mono-ganglionnaire* (1).

Aussi, ai-je proposé pour elle, depuis longtemps, la dénomination de *monadénite aiguë*, pour en rappeler conjointement à l'esprit les deux caractères les plus saillants.

Le bubon symptomatique du chancre simple offre, Messieurs, deux variétés que je voudrais vous faire distiguer avec soin, et qui correspondent précisément à la double influence que peut exercer le chancre sur les ganglions.

Le chancre, en effet, est à la fois *une cause d'irritation vulgaire* et une *source de virulence spécifique*. Il peut agir sur les ganglions à la façon d'une plaie simple, d'un excitant quelconque : c'est alors une simple épine inflammatoire déposée dans les tissus ; ou bien, il agit par le pus qu'il sécrète et qui, transporté dans les ganglions, les inocule directement : c'est, dans ce cas, une graine virulente.

Si le chancre ne retentit sur les ganglions qu'au titre d'un irritant vulgaire, le bubon qu'il produit est une *adénite simple,* qui présente, dans son développement et dans sa marche, les caractères propres aux adénites non spécifiques : c'est une phlegmasie ganglionnaire qui suit les phases de toutes les phlegmasies ; qui peut se terminer par résolution, qui peut suppurer, mais dont le pus ne présente jamais aucun caractère de spécificité virulente.

Telle n'est pas la seconde variété du bubon, celle qui reconnaît pour origine un autre élément qu'une irritation simple. Ici, c'est

(1) L'on conçoit qu'un chancre qui aurait acquis une grande étendue, pourrait avoir, en même temps, des rapports avec plusieurs bouches lymphatiques d'un ordre différent, et qu'ainsi plusieurs ganglions pussent être infectés à la fois : circonstance encore plus facile dans les cas de chancres multiples, qu'il n'est pas rare, par exemple, de voir s'accompagner d'un double bubon inguinal. — R.

bien encore un bubon aigu, inflammatoire, qui se manifeste; mais la terminaison en est toute différente. La résolution est impossible; *la suppuration se produit d'une façon fatale et nécessaire.* De plus, ce n'est pas un pus *simple* que sécrète le ganglion affecté, c'est un pus *virulent par excellence,* qui par l'inoculation reproduit la pustule du chancre. Enfin, la plaie qui succède à l'ouverture de bubon, inoculée directement par le pus ganglionnaire, revêt fatalement les caractères des ulcérations spécifiques et peut en subir les différentes déviations.

Que s'est-il donc passé dans ce dernier cas, Messieurs, et quelles conditions peuvent ainsi donner au pus ganglionnaire des propriétés analogues à celui du chancre même?

Voici l'explication de ce phénomène : le pus virulent qui baigne la surface de l'ulcération primitive pénètre les extrémités ulcérées et béantes des vaisseaux lymphatiques; ce pus traverse rapidement les canaux d'absorption qu'il laisse intacts en général, probablement en raison de la grande rapidité avec laquelle s'effectue la circulation dans ces conduits; puis, il arrive aux ganglions. Retenu à l'intérieur de ces organes dont l'action, comme vous le savez, est de ralentir le cours de la lymphe qu'ils doivent élaborer, le pus virulent y exerce son action spécifique, c'est-à-dire y produit une *inoculation* véritable, bientôt suivie de la formation d'un chancre.

C'est donc, Messieurs, un véritable chancre qui se développe dans le ganglion, et qui s'y développe avec les caractères qui lui sont propres : ulcération, sécrétion d'un pus virulent, inoculabilité du pus sécrété (1).

(1) « C'est un véritable *abcès vénérien, exactement semblable au chancre dans sa nature et dans ses effets*, et n'en différant que par la grandeur. Les vaisseaux absorbants et leurs glandes étant irrités immédiatement par le pus spécifique qui n'a subi aucun changement dans son trajet, l'inflammation con-

Et maintenant, vous comprenez pourquoi, dans cette variété de bubon, la suppuration est fatale et nécessaire ; c'est qu'en effet, elle est l'exorde même de l'affection ; c'est qu'elle en constitue la première manifestation, le symptôme *essentiel*.

Telle est, Messieurs, la variété d'adénite spécifique, à laquelle on a donné le nom très expressif de *bubon d'absorption*.

Mais les faits pathologiques ne sont pas toujours aussi simples que le besoin des divisions didactiques les représente. Nous avons décrit séparément le bubon inflammatoire et le bubon d'absorption comme deux maladies bien distinctes, bien tranchées, se produisant isolément. Or, il faut bien savoir que souvent, et le plus souvent, ces deux éléments, inflammation et spécificité virulente, se trouvent réunis et associés. Les deux bubons se produisent parallèlement, côte à côte, en conservant chacun les caractères qui lui sont propres : l'un fournissant un pus phlegmoneux, simple, l'autre un pus virulent, inoculable. Voici quelle est, en effet, la succession des phénomènes : le chancre ganglionnaire se produit et ne tarde pas à déterminer la fonte purulente du ganglion. Cet accident provoque à son tour une réaction inflammatoire de voisinage dans l'atmosphère cellulo-adipeuse qui enveloppe la glande, et y détermine une fluxion morbide, bientôt suivie de suppuration. De là, deux lésions différentes, deux foyers distincts.

A cette époque donc, deux collections purulentes se trouvent formées : l'une enkystée dans la coque ganglionnaire ; l'autre, libre, diffuse, à l'extérieur de cette coque.

Eh bien, vous pouvez à cette époque instituer l'expérience suivante : attaquez prudemment le bubon en divisant les tissus couche par couche ; recueillez une gouttelette de la première nappe puru-

sécutive doit avoir *la même qualité spécifique*, et le pus sécrété par ces organes doit être vénérien. » — Hunter, *du Bubon*, § I.

lente que vous rencontrerez sous le bistouri et pratiquez l'inoculation avec le pus du *foyer le plus superficiel*; puis plongez profondément le bistouri dans la tumeur, de façon à ouvrir la coque ganglionnaire, et pratiquez une seconde inoculation avec le pus *sortant du ganglion.* Si l'expérience a été bien conduite et si les deux pus n'ont pas été mélangés, je vous prédis sans crainte que la première de vos inoculations restera stérile et que la seconde vous fournira la pustule caractéristique du chancre.

Ces différences sont capitales sans doute; cependant j'ai à vous signaler encore un fait plus important qui vous fera mieux sentir quelle distance sépare l'adénite purement inflammatoire du véritable bubon d'absorption. Ce fait, le voici :

La plaie qui succède à l'ouverture de l'adénite phlegmoneuse est une plaie simple, qui se cicatrise rapidement sans subir de complication.

Savez-vous au contraire, Messieurs, ce qui succède à l'ouverture du bubon d'absorption? La plaie faite par le bistouri est immédiatement inoculée par le pus ganglionnaire, et transformée en un véritable chancre. Il suffit de quelques jours pour qu'elle prenne les caractères d'un ulcère vénérien: bords renversés, fond grisâtre, suppuration spécifique, pus inoculable, tendance progressive, envahissante, etc. Ajoutez qu'elle peut subir tous les accidents, toutes les déviations du chancre, et, entre toutes, la plus terrible, le *phagédénisme.*

Vous connaissez tous le malade de mon service, qui porte aujourd'hui au genou droit un énorme chancre de la largeur des deux mains. Or, voici en quelques mots l'histoire de son long martyre : Il y a huit ans, il contracta un chancre sur la verge, chancre simple, qui s'accompagna d'un bubon aigu. Le chancre se cicatrisa en quelques semaines; de son côté, le bubon entra en sup-

puration : la plaie consécutive ne tarda pas à revêtir l'aspect d'un chancre, puis subit la déviation phagédénique. Dès lors, malgré tous nos efforts, malgré l'intervention de l'art la plus énergiquement répressive, l'ulcération envahit toute la région inguinale correspondante, remonta vers les lombes, et s'étendit à la fois sur la fesse et sur le flanc; puis, toujours rebelle, redescendit sur la cuisse, dont elle laboura la face externe dans toute la longueur du membre, parvint au genou, le dépassa, et s'étala finalement à ce niveau, sur l'énorme surface qu'elle occupe encore aujourd'hui.

Voilà, Messieurs, le bubon d'absorption, le chancre ganglionnaire!

En résumé, une double espèce de bubon peut accompagner le chancre simple : l'une, adénite inflammatoire *simple,* bubon sympathique, *susceptible de résolution* ou *suppurant sans spécificité virulente ;* l'autre, *bubon spécifique,* véritable chancre ganglionnaire, *suppurant fatalement,* sécrétant un *pus inoculable* et transformant en *chancre* la plaie consécutive à l'ouverture du foyer.

C'est surtout, Messieurs, lorsque vous connaîtrez l'adénopathie symptomatique de l'autre variété du chancre, que vous apprécierez mieux encore la valeur des caractères que je viens de vous signaler, et que vous pourrez mieux établir dans votre esprit le *rapport* nécessaire du bubon avec chaque variété correspondante de l'ulcère vénérien primitif.

Il n'est pas jusqu'à l'époque d'apparition de l'adénopathie symptomatique du chancre non infectant, qui ne puisse fournir un signe diagnostique d'une certaine importance. Tandis qu'avec le chancre induré, l'apparition de l'adénopathie est presque immédiate, et coïncide généralement avec l'époque d'induration du chancre, ici, au contraire, *il n'y a pas d'époque fixe* pour le retentissement gan-

glionnaire du chancre simple. L'adénite d'absorption, comme l'adénite sympathique, peut être tardive ; elle ne se manifeste pas toujours, comme le bubon induré, dans le cours du premier au second septenaire ; elle peut ne se déclarer que beaucoup plus tard et parfois même à une époque considérablement éloignée du début de l'accident primitif. C'est ainsi que mon très cher collègue, M. Puche, a vu se produire une adénite virulente après *trois ans* de durée d'un chancre mou, à forme serpigineuse. Cette adénite s'abcéda, et le pus, interrogé par l'inoculation, fournit la pustule caractéristique du chancre. C'était bien là un bubon d'absorption, un bubon spécifique, produit à trois années de date du début de l'accident (1).

Voilà, Messieurs, ce que j'avais à vous dire du bubon symptomatique de la variété du chancre dont nous nous occupons actuellement. Permettez-moi maintenant de revenir sur ce chancre, que vous ne connaissez encore que par l'état de sa base et le caractère de l'adénite qui l'accompagne.

VI.

Caractères propres au chancre simple. Forme de l'ulcération. — Multiplicité. — Persistance de la spécificité virulente et de l'inoculabilité. — Durée. — Tendance destructive. — Phagédénisme.

Par l'aspect seul, *de visu*, le chancre simple peut être souvent distingué de l'espèce opposée. Un œil exercé le reconnaît à ses bords nettement *découpés* et *taillés à pic*, comme si la plaie eût été creusée à l'emporte-pièce ; à son fond remarquablement irrégu-

(1) Voir la note VII, où ce fait curieux est relaté en détail.

lier, ***vermoulu,*** chagriné, etc. Mais je passe sur ces détails de forme et d'aspect, n'ayant point encore eu l'occasion de vous faire connaître l'autre variété de l'accident primitif. — Nous y reviendrons.

Le chancre simple est l'ulcération qui présente au plus haut degré le caractère de virulence spécifique. Il contagionne, il inocule tout ce qu'il touche. Aussi, rencontrez-vous, en général, ***plusieurs*** chancres mous sur le même sujet (1); aussi le voyez-vous trop souvent se multiplier sur place avec une désespérante fécondité, par ***une série d'inoculations successives et de voisinage.***

Il est beaucoup moins fréquent de rencontrer un seul chancre simple qu'une série, qu'une pléiade, pour ainsi dire, de chancres de cette nature. Et je dois ajouter que cette ***multiplicité*** des ulcérations n'est pas sans importance pour le diagnostic.

C'est le chancre simple qui fournit la source la plus féconde du pus virulent; l'ulcération qu'il produit sécrète à flots le virus spécifique.

(1) Voici, à ce sujet, les résultats très significatifs d'une statistique que j'ai fait dresser par mon interne actuel sur les malades reçus cette année dans mon service :

« Malades affectés de chancres simples.		254
— d'un chancre simple unique. . .	48	
— de chancres simples multiples. .	206	

Ces 206 malades sont, de plus, répartis en différents groupes, comme il suit :

Malades présentant deux chancres simples.	32
— de trois à six chancres simples .	116
— de six à dix.	41
— de dix à quinze.	8
— de quinze à vingt.	4
— Vingt chancres simples et au-delà.	5
Total. . . .	206 »

A. F.

C'est encore lui qui conserve le plus longtemps les caractères de la virulence.

Vous savez, Messieurs, que l'existence totale de l'ulcère vénérien primitif se compose de deux périodes essentiellement distinctes : l'une de progrès et d'état, période pendant laquelle le chancre conserve sa faculté caractéristique, c'est-à-dire l'inoculabilité du pus sécrété ; l'autre, période de déclin ou de réparation, où la virulence s'éteint pour ne laisser au pus d'autre caractère que celui d'une suppuration phlegmoneuse, en dehors de toute spécificité.

Eh bien, de ces deux périodes, la première constitue l'existence presque totale du chancre simple. Consultez, en effet, les résultats fournis par l'inoculation, et vous verrez le pus virulent reproduire la pustule spécifique, c'est-à-dire conserver son caractère de virulence presque jusqu'à l'époque de la cicatrisation.

A la période ultime, alors qu'à l'aspect de l'ulcération vous jugeriez le chancre éteint, le virus peut persister encore, assez actif dans quelques points pour se transmettre et se reproduire. La spécificité persiste souvent au centre, alors que le travail de réparation envahit déjà les bords de l'ulcère ; le chancre vit encore à côté de la cicatrice qui tend à le recouvrir, et ce n'est que dans le dernier instant de son existence qu'il perd enfin toute faculté virulente (1).

Aussi bien, l'on peut dire que *presque* à toute période le chancre simple fournit un pus inoculable.

Le pus du chancre mou, c'est, Messieurs, le pus *fort* des syphilisateurs, c'est le virus qui réussit à coup sûr, le virus qui ne trouve pas de réfractaires.

Vous saurez plus tard si le pus du chancre induré se prête aussi facilement à l'inoculation.

(1) Voyez note VIII.

Le chancre simple n'a pas de durée limitée. Sans doute, dans l'énorme majorité des cas, il se cicatrise dans le courant de quelques septénaires ; mais il n'est pas rare de voir la période de réparation se faire attendre bien au-delà de ce terme.

C'est la forme du chancre qui *persiste le plus longtemps*, et qui persiste en conservant, comme je viens de vous le dire, sa spécificité virulente presque jusqu'aux derniers instants de son existence.

Le chancre simple produit une ulcération à tendance destructive. Il s'étale, en général, sur de plus larges surfaces que le chancre induré, et laboure sur une bien plus grande étendue les régions où il se développe.

En outre, c'est la forme qui subit le plus souvent la terrible complication du *phagédénisme*.

Ce sont, sachez-le bien, Messieurs, ce sont des *chancres simples*, non infectants, non suivis de syphilis constitutionnelle, qui, le plus souvent, ont produit ces horribles délabrements, ces destructions épouvantables dont vous avez pu lire les néfastes histoires. Ce sont des chancres simples qui, dans un grand nombre de cas, ont amputé la verge, creusé de vastes cavernes dans les régions inguinales, détruit des portions considérables de tissus et d'organes ; c'est un chancre simple, d'origine ganglionnaire, qui, sur un des malades actuellement traités dans le service, a successivement parcouru et labouré, depuis huit ans, l'aine, le flanc, les lombes, la fesse, la cuisse tout entière, et qui, maintenant, occupe encore toute la région du genou.

Ne croyez pas cependant que le phagédénisme soit une complication qui appartienne en propre à cette variété du chancre : l'autre variété n'en est point exempte. Mais, comme j'aurai bientôt l'occasion de vous le dire, d'une part le phagédénisme est une déviation rare pour le chancre induré ; d'autre part, lorsqu'il se développe

dans ces conditions, il est bien loin d'offrir alors une puissance d'extension et une résistance égales à celles que vous lui connaissez, lorsqu'il sévit sur une ulcération de nature opposée.

Je viens, Messieurs, de vous exposer en détail les différents caractères du chancre simple. Si vous désirez maintenant que je vous les présente résumés dans un court aperçu synoptique, je vous dirai :

Le chancre simple est un chancre dont la base reste molle, ou ne présente qu'un épaississement inflammatoire;

Qui ne réagit pas sur les ganglions ou qui les influence d'une façon toute spéciale, en produisant une adénite inflammatoire, aiguë, monoganglionnaire, aboutissant presque fatalement à la suppuration, et fournissant le plus souvent un pus inoculable;

Chancre à bords nettement découpés et taillés à pic; à fond irrégulier et vermoulu;

Chancre le plus ordinairement multiple d'emblée, ou se multipliant après coup, par une série d'inoculations de voisinage;

Chancre à pus virulent et contagieux par excellence, conservant le plus longtemps les caractères qui en constituent la spécificité;

Enfin chancre à tendance destructive et envahissante; forme d'ulcération la plus apte à subir la déviation phagédénique.

VII.

Diagnostic. — Un seul signe absolu : l'*inoculabilité*. — Le chancre est tout entier dans le pus qu'il sécrète.

Quelque tranchés, quelque spéciaux que puissent être les carac-

tères extérieurs du chancre, ils ne suffisent pas à établir, d'une façon péremptoire et *absolue*, le diagnostic de cette affection.

Le siége de l'accident, la forme arrondie de l'ulcération, le fond grisâtre, rugueux, vermoulu et couvert d'une couche pseudomembraneuse adhérente, les bords découpés, décollés et taillés à pic, la sécrétion rouillée et sanieuse, l'auréole violacée du pourtour, les progrès et la marche de l'affection, etc., constituent sans doute des signes d'une haute importance, et qui prennent surtout une grande valeur par leur ensemble. Mais tous ces caractères, isolés ou groupés, ne constituent jamais que des présomptions pour le diagnostic, et ne fournissent pas de certitude absolue.

D'une part, en effet, ils peuvent faire défaut au véritable chancre; d'autre part, il n'est pas rare de les rencontrer sur des ulcérations non spécifiques.

Mais il est un signe qui suffit à lui seul à établir le diagnostic de la façon la plus solide, et qui, je n'hésite pas à le dire, constitue le *seul* caractère pathognomonique du chancre.

De toutes les ulcérations d'origine vulgaire, vénérienne ou même syphilitique, il n'en est qu'une seule dont le pus soit susceptible de reproduire par l'*inoculation* une ulcération semblable à celle qui l'a fourni : c'est le chancre.

L'*inoculabilité du pus sécrété* est le seul signe absolu de la spécificité virulente.

Voilà, Messieurs, le véritable cachet de l'affection qui nous occupe actuellement; voilà le caractère pathognomonique du chancre, et le seul qu'on puisse invoquer pour un diagnostic rigoureux.

Le chancre, comme je l'ai dit tant de fois, n'est ni dans sa forme, ni dans son fond, ni d'une manière absolue dans aucun

de ses caractères extérieurs. *Il est tout entier dans le pus qu'il sécrète.*

Mais le caractère virulent et spécifique de l'ulcération étant reconnu, la question diagnostique n'est pas épuisée. Reste un problème capital à résoudre : c'est d'assigner au chancre son *espèce,* et par là son pronostic et son traitement.

Je réserve actuellement cette question de diagnostic différentiel, sur laquelle j'insisterai longuement après vous avoir entretenus du chancre infectant.

VIII.

Pronostic : le chancre simple n'infecte pas, ne crée pas de diathèse : c'est un *chancre sans vérole.*

J'ai hâte d'aborder la plus haute question relative à la variété de l'ulcère syphilitique dont nous avons traité jusqu'à présent : je veux parler du *pronostic.*

Hunter avait reconnu que le chancre reste, pour certains sujets, une affection *purement locale.* On peut, disait-il, *empêcher l'infection* par une intervention thérapeutique hâtive et bien dirigée (1).

(1) Cette croyance est nettement formulée par Hunter dans plusieurs chapitres de son *Traité de la syphilis* :

« Le traitement mercuriel *pose*, en général, *une barrière à l'infection....* » (Sixième partie, chap. I.)

Et ailleurs :

« Il est nécessaire de donner les préparations mercurielles à l'intérieur, tant pour concourir à la guérison des chancres que pour *prévenir une syphilis constitutionnelle*; et l'on peut raisonnablement affirmer que la *disposition syphi-*

Çette vérité, que le grand Hunter formulait en embrassant dans une généralisation imprudente toutes les variétés du chancre, je la reproduis, à mon tour, aujourd'hui ; mais ce qu'il attribuait à une influence médicatrice, je l'attribue, moi, à la forme spéciale de l'ulcération primitive, et peut-être à une différence dans la nature et l'origine du pus virulent.

De plus, en même temps que je crée des espèces nosologiques distinctes, j'assigne à chacune d'elles ses caractères et son pronostic particuliers.

Oui, et mille fois oui, il y a des chancres qui *infectent* l'économie, tandis qu'il en est d'autres qui *ne l'infectent pas*, et cela, bien entendu, indépendamment de toute influence thérapeutique. Les uns créent une diathèse, un tempérament morbide ; les autres se bornent à une simple lésion locale.

Et j'ajoute :

Des caractères très précis, des signes matériels, palpables, évidents, qu'on peut interroger de l'œil et explorer du doigt, permettent de distinguer ces deux ulcérations l'une de l'autre, *dès le début*.

Ces divers signes, je viens, Messieurs, de vous les faire connaître en partie en vous exposant l'histoire clinique du chancre simple; j'en achèverai l'exposition en vous entretenant du chancre induré.

Voilà bientôt vingt-cinq ans que je travaille à établir, à carac-

litique d'un chancre ne peut guère résister à l'action des mercuriaux donnés à la fois localement et à l'intérieur. »

Ailleurs encore :

« Comme il est difficile que des chancres existent, sans qu'il y ait absorption du virus, il est absolument nécessaire de faire agir intérieurement le mercure, afin *d'empêcher que la disposition syphilitique ne se forme.* » (Du CHANCRE, ch. III, § VI.) A. F.

tériser, à signaler ces différences ! C'est donc avec l'autorité d'une vieille expérience que je puis aujourd'hui formuler ce pronostic :

Le chancre simple, à base molle, est une affection *purement locale, qui borne ses effets à la région qu'elle attaque ; qui n'a jamais de retentissement général, qui ne s'accompagne jamais d'accidents constitutionnels.* En d'autres termes, c'est un chancre qui n'infecte pas l'économie, UN CHANCRE SANS VÉROLE.

Vous, Messieurs, qui venez de parcourir nos salles et d'assister au lugubre tableau que présente la vérole, vous sentez, sans doute, toute l'importance de ce pronostic d'avenir. Vous comprenez s'il est indifférent pour le malade et le praticien de savoir, un chancre étant donné, quelles doivent en être les conséquences ; de savoir si ce chancre se bornera à une simple lésion de la partie affectée, ou si l'économie tout entière doit en conserver à jamais peut-être l'ineffaçable souillure.

Eh bien, Messieurs, cette question de pronostic, j'ai la prétention de maintenir *qu'elle peut être résolue dès le principe, dans l'énorme majorité des cas,* en tenant compte des caractères que je vous ai signalés précédemment et de ceux dont je vous parlerai bientôt. Je prétends que les signes à l'aide desquels on peut distinguer l'une de l'autre les deux variétés du chancre sont tellement tranchés, tellement nets, tellement absolus, que la certitude diagnostique peut se faire le plus souvent *dès le premier examen,* qu'elle se complète en quelques jours pour les cas restés primitivement douteux, et que bien rares, bien *exceptionnels* sont ces faits ambigus et complexes qui peuvent suspendre le jugement d'un médecin expérimenté.

C'est là une conviction que vous partagerez bientôt, je l'espère.

Voilà pour les conséquences générales. J'aborderai, dans quelques instants. ce qui a trait au pronostic *local.*

IX.

Pronostic local. — Traitement. — Cautérisation. — Caustique carbo-sulfurique. — Traitement régulier du chancre. — Du phagédénisme. — Influence curative de l'érysipèle sur le phagédénisme. — L'onguent napolitain. — Indications particulières fournies par certains chancres. — Inutilité d'une médication anti-diathésique contre le chancre simple. — Des véroles guéries à coup sûr et radicalement.

Vous avez déjà prévu que cette différence pronostique entre les deux variétés du chancre doit aboutir à de semblables différences thérapeutiques.

Avec le chancre induré, c'est la diathèse qu'il faut combattre ; et de là, la nécessité d'un traitement général. Avec le chancre simple, au contraire, pas de diathèse, et, dès lors, inutilité de toute médication préventive destinée à mettre en garde l'économie contre des symptômes qui ne doivent pas se produire.

C'est donc un simple *traitement local*, que réclame le chancre mou.

Mais, sachez-le bien, Messieurs, ce traitement prend ici une importance toute particulière, en raison des accidents qui compliquent de préférence cette variété de l'ulcère syphilitique primitif. C'est qu'en effet, si le chancre simple respecte l'économie, il présente en revanche une fâcheuse disposition à s'étendre, à se multiplier, à produire des bubons aigus, presque fatalement voués à la suppuration, et à une suppuration virulente ; enfin à subir la terrible complication du phagédénisme. En sorte que le pronostic du chancre simple peut être renfermé dans cette formule : *ulcération innocente comme fond, dangereuse comme forme*. C'est donc

à la forme et aux complications locales qu'il convient ici de réserver toutes les ressources du traitement.

Voulez-vous connaître d'un seul mot tout le secret de la thérapeutique du chancre. Le voici : réduire l'ulcération spécifique à l'état d'un ulcère simple ; transformer une plaie possédant sa cause spéciale d'entretien en une plaie qui n'ait plus raison d'être. Telle est l'indication à remplir.

Eh bien, ce but, *la cautérisation* l'atteint à merveille : non pas une cautérisation légère, superficielle, qui ne fera qu'effleurer la surface ulcérée ; mais une cautérisation profonde, large et véritablement *destructive*.

Aussi faut-il, pour être efficace, que cette cautérisation soit appliquée suivant certaines règles que je veux vous indiquer en quelques mots.

Le caustique employé doit être étalé sur *toute* la surface du chancre, *et un peu au delà*. Il est fort important que l'action destructive déborde la circonférence de l'ulcération. C'est qu'en effet, la spécificité virulente n'existe pas seulement sur l'aire ulcérée du chancre, mais s'étend au delà, dans un rayon variable et indéterminé ; en sorte que les tissus voisins, en apparence sains et intacts, portent en eux le germe de la virulence. Cette zone périphérique infectée devra donc être également détruite par la cautérisation.

Le choix du caustique est loin d'être indifférent. Il faut rejeter d'abord tous les caustiques légers, qui ne sont tout au plus que des modificateurs anodins. Ce qui est ici nécessaire, c'est un agent *destructeur*. Auquel convient-il de donner la préférence ?

J'ai successivement expérimenté la pâte de Vienne, la potasse, l'acide nitrique, le fer rouge, etc., etc... Tous ces caustiques ont des inconvénients qu'il serait superflu de vous signaler, d'autant

que j'ai à vous proposer un agent nouveau, d'une merveilleuse efficacité, et à l'abri de tout reproche. Ce caustique, c'est l'acide sulfurique, uni à la poudre de charbon végétal, dans les proportions nécessaires pour former une pâte demi-solide (1). Cette pâte, appliquée sur les chancres, ne tarde pas à se dessécher et à former une sorte de croûte noire qui reste adhérente aux tissus, qui fait, pour ainsi dire, corps avec eux et ne tombe que plusieurs jours après son application, dans le cours du second septénaire en général. Lors de sa chute, la plaie qu'elle laisse à découvert n'est plus qu'une plaie simple, exempte de toute virulence, analogue, en un mot, à l'ulcération qui suit la séparation d'une escarre, et que la cicatrisation ne tarde pas à envahir. Quelquefois même, le travail réparateur est presque complétement achevé lorsque la croûte se détache, et il n'est pas rare de trouver au-dessous une cicatrice déjà formée.

Sans doute, le caustique carbo-sulfurique est d'une application fort douloureuse. Néanmoins, la douleur qu'il provoque est inférieure de beaucoup à celle que produit l'acide azotique ou le fer rouge; elle se montre aussi moins persistante que celle qui accompagne les applications de pâte de Vienne.

C'est un caustique *profond,* qui modifie au loin les tissus avec lesquels il se trouve en contact, et qui, comme le chancre, a son rayonnement périphérique d'activité *destructive.* A ce titre donc, c'est le meilleur agent qu'on puisse employer pour *détruire* l'ulcère spécifique.

C'est merveille, Messieurs, de voir le résultat produit par une cautérisation méthodiquement pratiquée. Du jour au lendemain, c'est fait du chancre et de sa spécificité virulente. Le chancre,

(1) C'est un caustique analogue au caustique safrano-sulfurique de M. Velpeau; la poudre de charbon y prend seulement la place du safran.

passez-moi le mot, se trouve *tué sur place,* et ce qui lui succède, c'est une plaie simple, sans virulence, sans spécificité, une ulcération vulgaire qui, n'ayant plus de cause d'entretien, n'ayant plus *de raison d'être,* marche rapidement à la cicatrisation.

La cautérisation, Messieurs, est un moyen splendide de guérison du chancre.

C'est de plus, comme je l'ai dit ailleurs, au point de vue social, le *prophylactique* le plus puissant, puisqu'en détruisant le plus sûrement et le plus promptement les accidents contagieux, il éteint les foyers d'infection (1).

Mais rappelez-vous bien ceci : c'est que pour obtenir du moyen tout ce que je vous donne le droit d'en attendre, il faut l'employer dans toute sa rigueur. Je vous le répète encore : pas de cautérisation légère, superficielle, qui effleure le chancre, qui ébarbe l'ulcère ; ce que vous devez produire, c'est une cautérisation énergique et profonde, c'est une *destruction !*

Je ne veux pas vous rappeler ici tous les reproches, toutes les accusations que l'on a dirigés contre la cautérisation. Nous en avons fini, je l'espère, avec la doctrine « du loup renfermé dans la bergerie, » comme avec toutes les théories de virus répercuté, refoulé, etc., etc... Que les partisans de ces vieilles erreurs renoncent à nous faire croire aux bénéfices de cette singulière thérapeutique, qui laisse marcher les chancres à loisir, et les entretiendrait au besoin, dans la crainte de fermer trop tôt ces foyers de virulence, utiles et salutaires émonctoires pour l'organisme infecté !

Pour moi, j'adopte au contraire la méthode destructive, et je proclame bien haut ce précepte : *Détruire le chancre le plus tôt possible ;* le détruire dans sa forme, comme accident local, et dans

(1) *Lettres sur la syphilis.*

ses conséquences de propagation, d'extension, de retentissement ganglionnaire et d'infection constitutionnelle, si pour le chancre infectant l'on arrive assez tôt.

Voilà, Messieurs, ce qu'il y a de véritablement capital dans la thérapeutique du chancre (1). Laissez-moi maintenant vous dire quelques mots sur ce qu'on est convenu d'appeler le traitement régulier de cette affection.

La cautérisation a échoué, ou bien le malade a refusé de s'y soumettre : somme toute, le chancre existe. Comment convient-il de le panser, de le traiter?

Nous avons peu d'influence sur la marche et la durée du chancre, lorsque nous le laissons subsister avec sa spécificité virulente, c'est-à-dire lorsque nous renonçons à l'emploi des caustiques.

Les moyens hygiéniques les plus simples fournissent d'aussi bons, sinon de meilleurs résultats que les divers topiques médicamenteux qui encombrent inutilement l'arsenal de la thérapeutique. Aussi, dans tous les cas où le chancre n'a pas de tendance à l'ac-

(1) Hunter avait déjà formulé cette proposition d'un façon très précise : « La méthode la plus simple de traiter un chancre consiste à le détruire ou à l'extirper. De cette manière *on le réduit à l'état d'ulcère ou de plaie simple, et il se cicatrise comme tout ulcère ou plaie de cette nature.*

» Cette destruction, ajoute Hunter, s'opère soit par l'excision, soit par le caustique. » -- Je n'ai qu'un mot à dire de l'excision, méthode excellente sans doute, mais rarement applicable. L'on n'a le droit d'y recourir que dans les cas où le chancre siége sur des organes *inutiles* ou *difformes*, et qu'on peut sacrifier sans inconvénients pour le malade : par exemple, lorsqu'il occupe des nymphes très saillantes ou le limbe d'un long prépuce. Dans ces cas, en même temps qu'on emporte la maladie, l'on fait disparaître une difformité.

Il faut avoir grand soin de *pratiquer l'excision à une certaine distance de l'aire ulcérée.* Car, ainsi que je l'ai dit plus haut, le chancre a sa zone périphérique d'activité virulente, et la spécificité morbide s'étend plus loin que l'ulcération. — Si par malheur votre bistouri tombe sur la zone infectée, il arrive que, pour enlever un chancre, vous en produisez un nouveau, qui souvent est beaucoup plus étendu que le premier. R.

croissement, je me borne à conseiller de fréquentes lotions avec une eau émolliente ou légèrement astringente, et l'application consécutive sur l'ulcération d'un tamponnet de charpie sèche qui forme une sorte d'éponge pour absorber le pus virulent. Une circonstance importante, c'est de disposer cette charpie de façon à bien isoler la surface sécrétante des parties voisines, car vous connaissez le caractère contagieux du pus fourni par le chancre simple, et vous savez quelle désespérante aptitude il possède à inoculer tout ce qu'il touche.

Si la suppuration est abondante et si le chancre s'étend, j'ai recours au *vin aromatique*. C'est un des meilleurs topiques pour diminuer la secrétion, neutraliser la virulence et tanner en quelque sorte les parties voisines de l'ulcération (1).

(1). Voici de quelle manière notre maître emploie ce médicament; voici en même temps les règles qu'il prescrit pour le traitement du chancre.

Les malades doivent laver l'ulcération avec le vin aromatique, en évitant de la fatiguer ou de la faire saigner. Ils la recouvrent ensuite d'un tamponnet de charpie fine, assez imbibée du même topique pour rester humide *sans couler*; car, lorsque la charpie se trouve trop mouillée, l'espèce de *macération* qui en résulte nuit au travail de cicatrisation.

Il faut, à chaque pansement, mouiller la charpie avec le vin aromatique, de façon à la détacher sans déchirer les parties auxquelles elle pourrait adhérer par le fait du dessèchement. C'est qu'en effet, au voisinage du chancre simple, toute écorchure s'inocule, tout soulèvement de la peau favorise une nouvelle extension du mal.

Si le chancre s'accompagne de beaucoup d'irritabilité et de douleur, M. Ricord a coutume d'additionner le vin aromatique d'extrait gommeux d'opium (8 à 10 grains par once.) — Il prescrit simultanément l'opium à l'intérieur, et, dans les cas de complications inflammatoires, les bains répétés, les fomentations émollientes, le repos absolu, etc... — Il est rare, à moins de complications étrangères, telles que balanite, balano-posthite, pénitis érysipélateux, qu'on soit forcé de recourir aux émissions sanguines.

Bien qu'en général, dit M. Ricord, l'on ne doive pas panser trop fréquemment un ulcère ou une plaie, afin de ne pas déranger le travail de cicatrisation, il faut se garder de suivre le même précepte pour le chancre à la période de progrès.

Il faut se rappeler ici que la matière de la sécrétion devient une cause per-

La solution iodée, la teinture d'iode étendue, la décoction de tan, l'eau chlorurée, etc., sont de bons moyens détersifs, mais ce ne sont encore que des modificateurs *sans spécificité*.

Je ne dirai pas de même du tartrate ferrico-potassique. Il y a véritablement quelque chose de *spécifique* dans son action sur le chancre rongeur, à tendance envahissante. C'est assurément l'*ennemi-né du phagédénisme*. Il le combat, le modère presque toujours et l'arrête le plus souvent. J'ai triomphé *de la plupart* des chancres phagédéniques qu'il m'a été donné d'observer, avec de simples pansements à la solution de tartrate ferrico-potassique et l'administration du fer à l'intérieur (1).

manente de la maladie, et qu'il importe de ne pas la laisser séjourner sur les tissus. Les pansements seront donc répétés *plusieurs fois par jour*, trois ou quatre fois, suivant l'abondance de la suppuration.

Lorsque la période de réparation est arrivée, tant qu'elle marche régulièrement, l'on doit continuer le pansement au vin. L'on ne recourt à la cautérisation que s'il devient nécessaire de réprimer des bourgeons charnus exubérants.

Il arrive souvent à cette période, que la surface de l'ulcère, élevée au niveau des parties voisines, reste rouge et n'est presque plus couverte de sécrétion; et cependant la plaie ne guérit pas, reste *stationnaire*. Dans ce cas, l'application superficielle du crayon de nitrate d'argent suffit pour terminer rapidement la guérison. A. Fournier.

(1) Voici ma formule ordinaire :

1° Prendre chaque jour trois cuillerées à bouche de la liqueur suivante :

Eau distillée	200 grammes.
Tartrate ferrico-potassique. .	30 grammes.

Mêlez.

2° Panser les ulcérations, deux fois par jour, avec de la charpie imbibée du même liquide.

Je ne parle pas ici de la cautérisation. C'est la médication préventive, par excellence, du phagédénisme. C'est aussi une excellente méthode curative.

Je ne dis rien non plus des modifications que devront imprimer à votre thérapeutique les différentes conditions qui peuvent donner naissance au phagédénisme, conditions générales ou locales : faiblesse de la constitution, anémie,

Vous me pardonnerez une digression. — Rien de plus curieux sans doute que l'influence exercée par une maladie sur une autre maladie; mais rien de plus remarquable, lorsque cette influence se traduit par une action thérapeutique. Eh bien, c'est précisément un fait de ce genre que je veux vous signaler.

J'ai vu, à deux reprises, des chancres phagédéniques *énormes*, contre lesquels toutes les médications étaient venues échouer tour à tour, MODIFIÉS et GUÉRIS par des *érysipèles* intercurrents.

En sorte que je considère l'érysipèle, sinon comme le spécifique, du moins comme un puissant adversaire du phagédénisme.

Cette influence salutaire n'est pas d'ailleurs exclusive aux ulcérations phagédéniques appartenant à la syphilis. Il y a longtemps, comme vous le savez, que les dermatologistes ont signalé les modifications remarquables qu'exerce le développement naturel ou provoqué d'un érysipèle sur certaines affections chroniques de la peau, du lupus en particulier (1).

Je dois, avant de terminer ce qui a trait à la thérapeutique générale du chancre, vous signaler une méthode déplorable d'un usage fréquent dans le traitement du chancre, et dont vous pourrez trop souvent constater les funestes résultats à la consultation de cet hôpital.

Rien de plus nuisible, rien de plus antipathique au chancre simple que les *corps gras* en général. Mais des différentes pom-

scrofule, privations, misère; excès habituels; mauvais état des voies digestives; etc.; — inflammation, pansements irritants ou mal dirigés, œdème des parties, étranglement, passage de l'urine sur les ulcérations, etc., etc.

Tous ces détails ne sauraient trouver place dans une rapide exposition doctrinale.

(1) L'un des faits que j'ai signalés plus haut se trouve relaté en détail dans les notes annexées à ces leçons. (V. note IX.)

mades imaginées par un aveugle empirisme, il en est une plus spécialement dangereuse à elle seule que toutes les autres : c'est l'*onguent napolitain*.

L'onguent napolitain constitue pour le chancre simple un *irritant* par excellence; c'est une cause d'inflammation et d'extension virulente; c'est même l'une des origines les plus fréquentes du phagédénisme.

Il est peu de chancres à tendance destructive qui n'aient été tourmentés à leur début par des applications mercurielles intempestives.

L'observation journalière proteste donc contre l'opinion des anciens, de Hunter en particulier (1), et de tant d'autres, qui accorde au mercure une véritable spécificité contre toutes les ulcérations syphilitiques. Et quant à la variété d'accident qui nous occupe aujourd'hui, la désastreuse influence qu'exerce sur elle ce prétendu spécifique n'a été que trop souvent démontrée.

Je serai bref sur les quelques modifications que peut imprimer au traitement le siége particulier de certains chancres.

Lorsque l'ulcération spécifique occupe l'urètre ou quelque autre région plus ou moins cachée, plus ou moins profonde, les méthodes précédentes deviennent évidemment inapplicables, et il faut recourir à des médications un peu différentes.

Parlons d'abord du *chancre urétral,* ce fameux *chancre larvé* qui, jadis, souleva tant de querelles.

(1) « L'observation apprend que, dans le traitement du chancre, le mercure est un remède *spécifique,* et que *ce médicament guérit tout ulcère véritablement syphilitique*..... Les pansements faits avec les préparations mercurielles amènent la guérison, lorsque les ulcères sont *purement vénériens;* mais il est rare que la constitution soit entièrement libre de toute autre tendance morbide. » — Hunter. *Du chancre,* chap. III, § II.

Si l'ulcération siége à l'entrée du canal, sur les lèvres du méat, ce traitement ordinaire est encore applicable, à la rigueur, en y ajoutant toutefois une petite précaution : c'est d'engager dans le méat un petit cône de charpie, qui en maintienne les deux lèvres écartées, de façon à prévenir la contagion de l'une à l'autre.

Mais que faire si l'ulcération occupe un point de l'urètre plus reculé, plus profond?

Si la présence du chancre dans l'urètre a provoqué des symptômes très aigus et une violente inflammation du canal, c'est au traitement antiphlogistique qu'il faut d'abord recourir. Prescrivez alors les émissions sanguines locales (15 à 20 sangsues au périnée ou au pénil), des bains généraux, des boissons abondantes, etc... Mais craignez surtout les érections, qui, par la distension des surfaces malades, peuvent produire des déchirures et favoriser l'extension de l'ulcère. C'est en diminuant la congestion des parties à l'aide du traitement antiphlogistique que vous préviendrez cette dangereuse complication; car, pour les médications dites anaphrodisiaques (camphre, belladone, digitale, lupulin, etc.), je ne leur accorde qu'une confiance fort limitée, et, pour ma part, j'ai trop souvent constaté l'inefficacité absolue de ces prétendus *anti-érectifs*, pour vous en promettre le moindre succès.

Mais, voici l'inflammation urétrale calmée; les accidents réactionnels sont disparus. A cette époque, faites pratiquer, deux ou trois fois par jour, des injections dans le canal, composées de vin aromatique d'abord étendu à partie égale d'une décoction de pavot, puis pur, s'il ne produit pas d'irritation. — C'est là, je crois, la médication la plus simple et la plus convenable pour les chancres profonds de l'urètre (1).

(1) Je ne vous parle pas de la *cautérisation* à l'aide de l'instrument de Lallemand : pratique dangereuse par l'inflammation qu'elle peut provoquer, et qui

Depuis l'invention et la vulgarisation du spéculum, les chancres situés dans les profondeurs du vagin et ceux du col de l'utérus sont rentrés dans la classe des chancres *extérieurs*, et, comme tels, le même traitement leur est devenu applicable. Vous pourrez donc, et avec le même succès, cautériser à la pâte carbo-sulfurique les ulcérations spécifiques du museau de tanche et du vagin, comme vous le feriez pour un chancre des grandes lèvres ou du gland. Vous pourrez de même porter sur ces parties les topiques ordinaires et les y laisser à demeure, avec cette seule différence que le renouvellement des pansements devra, de toute rigueur, n'être confié qu'à une main médicale.

Les chancres de l'anus et de la partie inférieure du rectum réclament, avant tout, des soins de propreté extrêmes et des pansements répétés. Une seule indication spéciale se présente ici : c'est de diluer les matières intestinales à l'aide de lavements, de façon qu'à la sortie elles ne viennent point érailler les parties malades. — Les pansements pourront être soit appliqués à plat, soit maintenus par de petites mèches introduites dans le rectum. L'on se contenterait de simples injections, si la présence d'un corps étranger dans l'intestin excitait quelque spasme douloureux du sphincter.

Mais, abandonnons ces indications particulières. pour revenir à notre sujet principal.

Je ne vous ai pas parlé jusqu'ici de traitement *général*. C'est qu'en effet, contre un accident purement local comme le chancre simple, *un traitement local* suffit à la guérison. Vous savez que

de plus ne réalise pas le but qu'elle se propose, l'*extinction* du chancre en tant qu'ulcération virulente.

cette variété du chancre n'a point de retentissement sur l'économie, qu'elle n'entraîne après elle aucun accident constitutionnel, ne crée pas de diathèse, en un mot, *n'infecte* pas. Quelle serait donc l'utilité d'une médication qu'on opposerait à des symptômes qui ne peuvent naître, d'une médication par laquelle on chercherait à prévenir une *infection* qui ne doit pas se développer ?

Sans doute, il vous faudra satisfaire aux indications fournies par l'état général des malades que vous traiterez pour des chancres simples. Sans doute, il ne sera pas sans profit pour tel sujet, lymphatique, affaibli par les privations et la misère, que vous lui procuriez en même temps qu'un traitement local approprié, un régime tonique et réparateur, tandis que tel autre, vigoureux, pléthorique, habitué à un régime excitant, se trouvera bien d'une médication générale légèrement débilitante. Il conviendra, en un mot, de corriger les déviations du tempérament et de remédier aux états morbides qui peuvent accompagner le chancre. Mais je n'ai pas besoin de vous faire remarquer qu'il n'y a là rien de *spécial* à l'affection en elle-même, en tant que médication antidiathésique.

Non seulement, Messieurs, la médication spécifique de la vérole se trouve ici complétement inutile, mais, de plus, elle pourrait être *nuisible* à plusieurs titres. Lorsque je vous poserai les règles d'après lesquelles le praticien doit se diriger pour juger de l'opportunité du traitement mercuriel, je vous montrerai *s'il est indifférent de le prescrire à l'aventure*. Mais cette question doit être réservée. Pour l'instant, je me borne à vous signaler ce fait : c'est que l'administration du mercure, pendant la durée d'un chancre simple, est une des conditions les plus aptes, incontestablement, à favoriser le développement du phagédénisme. Je vous le répète : la plupart de ces horribles ulcères rongeurs qui nous arrivent à cet hôpital, après avoir détruit une partie de la

verge, sont des *chancres simples* auxquels on a prodigué le mercure sous toutes ses formes.

Jugez de l'utilité et de l'opportunité d'un traitement qui risque de vous enlever une partie de la verge, pour vous guérir de la vérole que vous n'avez pas!

Le chancre simple étant, comme je vous le disais tout à l'heure, une affection locale, sans influence diathésique ni manifestations constitutionnelles, vous comprenez, Messieurs, quels succès doivent obtenir ici toutes les médications dites « *dépuratives* » destinées à « *purifier le sang vicié* » et à prévenir l'orage syphilitique. C'est là qu'est véritablement le triomphe des charlatans; ils guérissent *radicalement* en vérité, et ils ne trompent pas leurs malades en leur promettant une immunité complète pour l'avenir.

Je parle de charlatans. Mais que de médecins encore administrent de bonne foi le traitement mercuriel pour le chancre simple, non infectant! Que d'honnêtes et vertueuses consciences se donnent ainsi la facile satisfaction de guérir des véroles qui n'ont jamais existé!

X.

De l'origine du chancre, en général.— Doctrine ancienne.— Source du chancre simple. — Recherches nouvelles.

Après vous avoir entretenus des symptômes et de la thérapeutique du chancre simple, je veux vous dire quelques mots de son origine.

Autrefois, l'on faisait de tous les chancres une seule et même espèce morbide. Le chancre, comme je vous l'ai dit, était une

graine unique, qui poussait des germes différents, suivant les qualités du sol où elle se trouvait appelée à se développer. C'est ainsi, croyait-on, que le pus du même chancre inoculé à plusieurs individus, pouvait sur l'un produire un chancre simple, non suivi d'infection constitutionnelle, et sur l'autre donner naissance à un chancre de nature infectieuse, origine et prélude de la vérole. Cette différence dans l'action du virus se trouvait expliquée par une sorte de *réceptivité* inégale des sujets plus ou moins aptes à contracter la syphilis, suivant leurs conditions particulières d'âge, de sexe, de tempérament, de santé, etc.

Le temps n'est pas encore bien loin où ces doctrines étaient acceptées sans conteste et jouissaient d'un plein crédit.

Aujourd'hui, Messieurs, la science semble avoir fait un pas en avant et la séparation des chancres en deux espèces nosologiques distinctes paraît destinée à jeter un jour tout nouveau sur le problème jusqu'alors insoluble des modalités variables de la maladie suivant les sujets.

Les différences capitales de forme et de nature, que l'on ne pouvait se refuser à reconnaître entre les deux variétés du chancre, ont conduit à penser qu'il existait pour chacune d'elles une source particulière et un virus spécial. Dès lors, l'attention fut appelée sur un sujet d'étude nouveau : L'ORIGINE du chancre. L'on songea à comparer la nature de la graine et du fruit, c'est-à-dire à rapprocher l'accident originel de l'accident transmis. L'on interrogea (passez-moi cette expression) la *généalogie* du chancre, recherchant si telle forme se transmettait *dans son espèce*, ou si les deux formes pouvaient se croiser dans leur propagation.

Eh bien, quelle est donc l'*origine* du chancre simple ? A-t-il sa

source dans un chancre de même nature, ou peut-il naître d'une autre variété ?

Plusieurs ordres de faits vont nous servir à la solution de ce problème.

Et d'abord, que produit l'*inoculation artificielle* du pus provenant d'un chancre simple sur le sujet même auquel est emprunté le pus ?

Ici, la réponse n'est pas douteuse, car les observations abondent et sont unanimes dans le même sens.

Le chancre d'inoculation est toujours l'*analogue du chancre qui l'a produit;* à quelque époque, sur quelque siége qu'ait été pratiquée l'inoculation (1), c'est toujours un chancre simple qui se développe; chancre à base molle, absolument dépourvue d'induration spécifique; chancre n'exerçant jamais sur les ganglions l'influence propre à l'autre variété d'ulcération primitive, ne devenant jamais l'exorde ou le prétexte de la diathèse.

Sans doute, l'on pourrait objecter à cette première série de faits que l'analogie des formes entre les deux chancres consécutifs se trouve ici suffisamment expliquée par leur développement sur un *même* individu; que les conditions *de terrain*, c'est-à-dire de tempérament, de constitution, de santé, qui ont empêché, dans le premier cas, l'infection générale, subsistent, dans le second, pour exercer la même influence, etc... Mais toutes ces objections tombent devant les faits qui vont suivre.

Les syphilisateurs ne se sont pas privés de transporter sur des individus sains du pus emprunté à des sources étrangères. Leurs

(1) Les régions céphaliques exceptées, jusqu'à présent; puisque l'on n'y a point encore porté la lancette.

téméraires expériences auraient eu du moins une utilité scientifique pour concourir à la solution du problème actuel, si ces messieurs avaient songé à établir quelque rapport entre les chancres dont ils empruntaient le pus et ceux qu'ils produisaient par l'inoculation. Mais cette relation délicate ne pouvait évidemment être établie par les fauteurs d'une doctrine qui, pour les besoins de sa cause, commençait par confondre les deux variétés du chancre.

Voici, quant à moi, ce que j'ai sauvé du naufrage de la syphilisation. C'est que, dans les cas nombreux où j'ai vu le pus d'un chancre simple transmis à un individu sain, cette inoculation a toujours et invariablement produit un *chancre simple* (1).

(1) Pendant mon internat, au Midi, un jeune médecin, *vierge de tout accident syphilitique*, se fit pratiquer par moi *publiquement* deux inoculations avec du pus de chancre simple.

Le pus qui servit à la première inoculation fut recueilli sur un sujet porteur de trois CHANCRES SIMPLES. — Ce malade tenait la contagion d'une femme que j'avais eu l'occasion de visiter et sur laquelle j'avais constaté l'existence d'un CHANCRE SIMPLE. — Cette même femme, de plus, avait communiqué des chancres de même nature à un second malade.

L'inoculation artificielle donna naissance à un CHANCRE SIMPLE.

Le pus de la seconde inoculation fut emprunté à un malade porteur d'un CHANCRE SIMPLE du frein. — La femme de qui ce malade tenait la contagion présentait un CHANCRE SIMPLE de la grande lèvre et un bubon aigu, qui ne tarda pas à suppurer. — Elle avait également transmis la contagion à un second individu, qui fut traité dans nos salles pour des CHANCRES SIMPLES, compliqués d'un double bubon inguinal suppuré.

Cette seconde inoculation fournit, comme la première, un CHANCRE SIMPLE.

(Je dois ajouter que les deux malades sur lesquels fut recueilli le pus qui servit à ces inoculations, *n'avaient présenté aucun accident de syphilis, antérieurement à la contagion actuelle.*)

A. FOURNIER.

Mais, à défaut d'inoculation à la lancette, interrogeons ce que produit l'inoculation physiologique.

L'on s'est occupé, dans ces derniers temps, de comparer les accidents de contagion sur les sujets mutuellement infectés, c'est-à-dire de suivre la généalogie du chancre, en remontant du symptôme transmis à son origine. Vous comprenez immédiatement, Messieurs, tout ce que de semblables recherches offrent de difficultés et de causes d'erreurs : renseignements incertains ou erronés ; assertions mensongères ; optimisme mal entendu de certains malades, accordant à telle femme une confiance illimitée et accusant telle autre qui leur paraît suspecte ; pluralité des rapports sexuels au moment où s'est produite l'infection ; développement du chancre sur la cicatrice indurée d'un chancre antérieur ; double contagion ; antécédents ignorés ou méconnus ; coïncidences de toute nature ; contagion médiate, etc., etc.

Aussi, des observations de cette nature demandent-elles à être recueillies avec la plus attentive défiance et la plus minutieuse rigueur.

Pour ma part, dans tous les cas qui me restent en souvenir, lorsque j'ai pu remonter à la source d'un chancre simple, j'ai toujours rencontré sur le sujet qui avait transmis la contagion, un accident *de même forme et de même nature.*

Tel est également le résultat qu'ont fourni à M. Bassereau ses nombreuses recherches sur les rapports de forme entre les symptômes présentés de part et d'autre par les sujets malades et les femmes dont ils tiennent la contagion. Si l'on confronte, dit-il, les malades atteints de chancres qui n'ont déterminé aucun symptôme de syphilis générale, avec les sujets qui les ont infectés ou avec ceux qu'ils ont infectés, on voit ceux-ci, sans exception, être éga-

lement atteints de chancres qui bornent leur action au point primitivement contaminé (1). — Cette proposition est formelle, et j'y attache un grand prix. Mais il est à regretter que son auteur, dans l'excellent livre d'où elle est extraite, n'ait exposé en détail que les faits relatifs à la contagion du chancre infectant.

L'un de mes anciens élèves, aujourd'hui syphiliographe distingué, M. le docteur Clerc, est arrivé à une toute semblable conclusion dans un mémoire récent (2). — D'après lui, tel malade aurait un chancre infectant ou un chancre simple, non pas à cause de telle ou telle prédisposition inconnue, mais simplement parce qu'il s'est exposé à la contagion d'un accident de même espèce. A l'appui de cette doctrine, M. Clerc a rapporté, dans son intéressant travail, *cinq* observations de chancres simples transmis par des chancres de même nature.

Enfin, dans ces derniers temps, deux internes de Paris se sont mis à la recherche d'observations semblables, et ont rassemblé, tant sous mes yeux qu'à Saint-Lazare, un très grand nombre de faits qui permettent de comparer sur une large échelle les accidents développés de part et d'autre sur des sujets mutuellement infectés (3).

Trente-neuf fois, à propos de malades affectés de chancres simples, MM. A. Fournier et Caby ont pu remonter à la source de la contagion, et *trente-neuf fois* ils ont trouvé l'accident originel absolument semblable, comme forme et comme nature, à l'accident transmis.

(1) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, page 197.

(2) Du *chancroïde syphilitique*, Mémoire lu à la Société des sciences médicales de Paris, le 27 octobre 1854.

(3) V. note X.

Souvent même, la chance les a assez heureusement servis pour réunir à l'hôpital un certain nombre de malades qui avaient puisé l'infection à la même source ; et, dans ces cas, ils ont toujours et invariablement constaté, et j'ai constaté avec eux : 1° une parfaite analogie entre les chancres sur les différents individus contagionnés ; 2° une identité complète de ces différents chancres avec l'accident originel.

Telles sont, par exemple, les observations suivantes relatives à des malades que vous avez pu examiner dans le service et sur lesquels j'ai plus d'une fois fixé votre attention. Je ne ferai que vous les rappeler dans une courte analyse (1).

(1) Voici, en détail, les faits cités par M. Ricord. Je les extrais textuellement de notre travail sur la CONTAGION DU CHANCRE, travail qui n'a certainement de prix que par l'attention dont l'illustre syphiliographe a bien voulu l'honorer :

OBSERVATION Ire. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

I. C... (Paul), âgé de 28 ans. Constitution robuste. Aucun antécédent vénérien.

Cet homme vivait avec la fille Fr.... depuis six semaines, sans avoir de rapports avec aucune autre femme, lorsque, à la date du 16 janvier, il reconnut l'existence de plusieurs petites ulcérations siégeant sur le prépuce et la racine du gland. Il vint aussitôt à la consultation du Midi, où nous pûmes constater *quatre chancres simples*, à base parfaitement molle, et sans aucun retentissement ganglionnaire.

Traitement prescrit : trois pansements chaque jour, avec charpie imbibée de vin aromatique.

Le malade ne suivit cette prescription que très irrégulièrement. Il fatigua beaucoup. Vers la fin de février, les chancres persistaient encore. Il se manifesta, dans les premiers jours de mars, un *bubon aigu* de l'aine gauche, qui força le malade d'entrer au Midi (service de M. Ricord).

Les chancres se cicatrisèrent à l'hôpital dans l'espace de quelques jours. Le bubon fut ouvert le 21 mars. Un décollement de la peau, assez considérable, retint le malade plusieurs mois dans nos salles.

Aucun traitement interne ne fut prescrit. Je revis C... dans le courant de septembre : il ne présentait aucun symptôme de syphilis.

Deux individus ont des rapports, à quelques jours d'intervalle, avec une même femme.

II. En janvier 1856, entrait au même hôpital (service de M. Puche), le nommé P... (Jacques), âgé de 34 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution affaiblie.

P... avait eu des rapports avec la même fille Fr.... dans la première semaine de janvier. Coït antérieur remontant à sept semaines.

M. Puche diagnostiqua sur ce malade, à la date du 19 janvier, l'existence de trois *chancres simples,* à base molle, siégeant sur le prépuce; d'un *bubon aigu,* suppuré; d'une blennorrhagie.

Pansement des chancres à la glycérine. Cubèbe. Guérison sans accident.

III. Enfin, le 24 janvier, la fille Fr... entrait à Saint-Lazare. (25 ans, tempérament sanguin. Premier accident vénérien.)

Je constatai sur elle à cette époque : un *chancre simple,* à base molle, de la grande lèvre gauche; un chancre semblable de l'anus; un *bubon aigu* de l'aine gauche; une vaginite intense.

Dans les jours suivants, suppuration du bubon. Aucun accident consécutif.

Observation IIe. — Double contagion de chancres simples.

J..., fille publique, âgée de 18 ans. Tempérament lymphatique. Constitution moyenne. Entrée à Saint-Lazare le 17 septembre (service de M. Delamorlière).

Cette fille a été affectée, il y a un an, d'une métrite granuleuse, pour laquelle elle a été retenue six semaines à St-Lazare.

Depuis cette époque, aucun accident.

Etat actuel, 17 septembre : *Chancre simple,* à base parfaitement molle, à fond déchiqueté, vermoulu; siégeant sur les replis de l'entrée du vagin. Ulcération superficielle de la lèvre postérieure du col utérin, sans caractère bien appréciable. — Traitement : cautérisation; injections d'alun.

30 septembre. Apparition d'un nouveau chancre simple au périnée (inoculation accidentelle). Cautérisation.

6 octobre. Les chancres sont en voie de réparation. Base très souple, absolument exempte de toute induration.

13 octobre. Guérison. Sortie le 25.

Revue en décembre : aucun accident constitutionnel.

Tous deux prennent des *chancres simples* qui s'accompagnent, chez l'un et chez l'autre, de bubon suppuré.

II. C... (Jules), âgé de 19 ans. Tempérament lymphatique ; constitution chétive. Entré au Midi le 7 octobre.

Une blennorhagie en 1854, guérie par l'emploi du copahu. Depuis cette époque, aucun accident vénérien.

C... vivait avec la fille J... depuis deux mois, sans avoir de rapports avec d'autre femme, lorsque, à la date du 16 septembre, il reconnut l'existence de plusieurs petits *boutons* sur le prépuce. A ces boutons succédèrent bientôt des ulcérations qui s'élargirent.

Le 7 octobre nous constatons l'état suivant :

Trois *chancres simples*, à base molle, siégeant sur la face muqueuse du prépuce. Aucun retentissement ganglionnaire. Nul autre symptôme.

Traitement : Lotions émollientes. Charpie sèche.

Une inoculation, faite sur le bras avec le pus de l'un des chancres, produit un *chancre simple*, à base également molle. Cautérisation.

Le 10 septembre, deux nouvelles ulcérations très petites et à base molle se sont déclarées au pourtour des chancres, sur le prépuce (inoculations de voisinage). Développement analogue d'un chancre très petit sur le fourreau de la verge. Cautérisation.

Le 13, les chancres sont en voie de réparation.

Le 24, le malade nous montre une large ulcération siégeant sur l'*index*, d'aspect chancreux. Il nous apprend qu'il s'est fait une coupure à ce doigt dans ces derniers jours, et qu'il a continué à panser ses chancres sans protéger la coupure. La base de l'ulcération ne présente aucune dureté. Pas de retentissement ganglionnaire.— Pansement au vin aromatique.

2 novembre. Le chancre digital est en voie de réparation.

14 novembre. Les chancres sont cicatrisés. Le malade quitte l'hôpital.

Revu en janvier 1857. Aucun accident constitutionnel.

III. L..., âgé de 19 ans. Tempérament sanguin ; constitution très robuste.

Premier accident vénérien.

Dernier coït du 15 septembre, avec la fille J... Coït antérieur datant de trois semaines au moins.

Chancre reconnu par le malade le 18 septembre. Traitement à l'aide de diverses pommades.

Le 3 octobre, nous constatons un *chancre simple*, à base molle, sié-

Vers la même époque, la femme entre à Saint-Lazare présentant des *chancres simples* également compliqués d'une adénite aiguë qui ne tarde pas à suppurer.

geant sur la face interne du prépuce (chancre mou type). Nul retentissement ganglionnaire.

Cautérisation à la pâte carbo-sulfurique. Guérison très rapide. Nul accident consécutif.

OBSERVATION IIIe. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

C..., fille publique, entre à Saint-Lazare le 1er août (service de M. Delamorlière). Constitution très robuste; 25 ans; négresse.

Première affection vénérienne.

État actuel : Large *chancre de l'anus, à base molle,* occupant en grande partie une tumeur hémorrhoïdale, et s'étendant un peu sur la ligne médiane du périnée. Vulve saine. Vagin et col de l'utérus sains. Ganglions des aines normaux.

Cette femme fait remonter à plus de trois mois le début de cette affection. Comme elle n'éprouvait que peu de douleurs, elle n'a fait aucun traitement.

Ligature du bourrelet hémorrhoïdal. Cautérisation profonde de la partie de l'ulcération qui déborde la tumeur.

Le 3, la tumeur est tombée, laissant une large ulcération que l'on cautérise au nitrate d'argent.

Cette plaie dans les jours suivants, revêt un aspect chancreux. Cautérisations répétées. Pansements à la pommade de calomel.

Le 15, le chancre est en voie de réparation.

Le 21, cicatrisation complète. Sortie le 1er septembre. — Aucun accident de syphilis.

Cette femme eut des rapports dans le courant de la première semaine de mai avec trois individus, qui arrivèrent au Midi presque simultanément. Voici ce que nous avons constaté sur chacun d'eux.

L. R....., âgé de 18 ans. Constitution robuste.

Blennorrhagie il y a cinq mois, guérie en six semaines.

Coït avec la fille C..., datant du 1er mai. Coït antérieur remontant à quatre mois. Pas de coït consécutif.

Chancres reconnus à la date du 6 mai. Pas de traitement.

Autre observation complétement analogue à la précédente. — Il s'agit encore ici d'une femme qui, affectée de *chancres simples*,

État actuel, 16 mai : *Chancre mou*, de forme ecthymateuse, siégeant sur la face cutanée du prépuce, à gauche.

Adénite aiguë de l'aine gauche.

Cautérisation. 15 sangsues sur l'aine.

3 juin. Ouverture du bubon. Chancre ganglionnaire. Cautérisation à la pâte carbo-sulfurique.

20 juin. Chute de l'escarre, laissant à nu une plaie simple, sans spécificité. — Les chancres sont cicatrisés.

1er juillet. Guérison.

(Je revois le malade en décembre. Aucun symptôme de syphilis ne s'est manifesté.)

II. C..., âgé de 32 ans. Tempérament sanguin exagéré. Pléthore.

Chancres en 1850, traités au Midi, par M. Puche, pour des chancres simples. Pas de médication mercurielle. Aucun accident consécutif.

Blennorrhagie avec épididymite, dans le courant de la même année.

Dernier coït, datant des premiers jours de mai, avec la fille C.... Coït antérieur remontant à quatre mois et demi.

Chancre reconnu par le malade vers le 10 mai. Pour traitement, quelques lotions d'eau blanche.

État actuel, 20 mai : *Chancre simple*, à base molle, siégeant sur la lèvre gauche du méat urinaire et se prolongeant sur la commissure inférieure.

Adénite aiguë de l'aine gauche.

Traitement : Cautérisation. 15 sangsues sur l'aine gauche.

1er juin. Ouverture du bubon.

5. Cicatrisation du chancre.

Le 17, guérison.

Revu en novembre. Nul accident de syphilis.

III. B..., 25 ans. Constitution moyenne. Tempérament lymphatique.

Deux blennorrhagies antérieures, la dernière en 1854. Nul accident consécutif.

Dernier coït du 2 mai, avec la fille C.... Coït antérieur remontant à vingt-cinq jours.

Chancre reconnu dès le 4 mai et traité à l'aide d'une pommade opiacée. Bubon datant des derniers jours du même mois.

transmet, à quelques jours d'intervalle, la contagion à deux de nos malades, sous le forme de *chancres simples.*

M. Puche constate, le 7 juin, l'existence d'un *chancre simple,* siégeant sur la rainure du prépuce, et d'une *adénite aiguë* de l'aine droite, en voie de suppuration.

Traitement : lotions chlorurées pour le chancre ; coton cardé ; ponctions multiples sur le bubon ; cataplasmes ; 2 pilules de Vallet.

Le 17, cicatrisation du chancre.

Guérison du bubon dans les derniers jours de juin. Nul accident constitutionnel.

OBSERVATION IVe. — QUADRUPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

La fille C... communiqua des chancres à quatre individus dans la dernière semaine de décembre 1855. Nous ne pûmes retrouver cette femme, malgré d'actives recherches et malgré le bienveillant concours de M. Denis, médecin en chef du dispensaire. Mais voici ce qu'il nous a été permis de constater sur ces quatre individus, qui présentaient, par leurs antécédents, au point de vue de la diathèse, des conditions de *réceptivité* bien différentes.

I. P..., âgé de 23 ans. Tempérament lymphatique. Entré au Midi le 15 janvier 1856 (service de M. Ricord).

Trois blennorrhagies antérieures, la dernière il y a six mois, dégénérée en suintement habituel.

Chancre induré en octobre 1855, avec double bubon dur et indolent. Pas de traitement. Cicatrisation du chancre en quelques semaines. Au commencement de décembre, apparition d'une *syphilide papuleuse ;* céphalée ; adénopathie cervicale postérieure.

Depuis la cicatrisation de ce chancre, P... vivait avec la fille C... sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsque, vers le 21 décembre, plusieurs chancres apparurent sur le prépuce. Aucun traitement.

Le malade se présente à l'hôpital le 15 janvier dans l'état suivant :

Trois *chancres simples,* à base molle, siégeant sur le limbe du prépuce ; deux *chancres simples,* à base molle, de la rainure glando-préputiale ; *chancre simple* du frein. — Blennorrhée.

Roséole papuleuse, au déclin.

Éruption croûteuse du cuir chevelu ; adénopathie bi-cervicale postérieure ; céphalée.

Adénopathie bi-inguinale dure et indolente.

Troisième fait, plus démonstratif encore.

La fille C... communique des chancres dans le courant de la

Traitement : pansement des chancres au vin aromatique. Une pilule de proto-iodure ; tisane amère ; cubèbe.

1er février. Les chancres persistent. *Adénite aiguë* de l'aine gauche ; sangsues ; cataplasmes.

9. Suppuration du bubon, qui est ouvert par M. Ricord. Dans les jours suivants, la plaie résultant de cette ouverture prend le caractère chancreux ; elle s'étend. Décollement de la peau. Véritable *chancre ganglionnaire.*

Pansement à la solution ferrico-potassique. La médication mercurielle est continuée (10 centigr. de proto-iodure par jour).

Cicatrisation des chancres vers les derniers jours de février. Cicatrisation beaucoup plus lente du bubon, achevée seulement dans le courant de mai.

Les accidents constitutionnels, résultat de l'infection antérieure à ces derniers chancres, subirent leur développement avec une intensité remarquable, et nous constatâmes successivement sur ce malade les symptômes suivants : en janvier, papules muqueuses de l'anus ; en février et mars, syphilide squammeuse ; en juin, syphilide ecthymateuse ; psoriasis du tronc ; plaques muqueuses des amygdales ; en juillet, récidive de l'ecthyma ; plaques muqueuses confluentes des lèvres, de la langue et de la gorge ; en novembre, iritis syphilitique.

II. N..., âgé de 22 ans. Sujet scrofuleux, affecté d'un mal de Pott dans son enfance. Constitution très chétive.

Chancre induré en 1855, avec bubon dur et indolent, traité par M. Ricord, à l'hôpital du Midi ; suivi à quelques mois d'intervalle d'une *syphilide ecthymateuse.* — Depuis cette époque, aucun accident vénérien.

Rapport avec la fille C... le 29 décembre 1855. Coït antérieur remontant à quatre semaines. Chancres reconnus par le malade vers le 2 janvier 1856.— État actuel, 15 janvier :

Très nombreuse série de petits *chancres simples*, à base molle, occupant le frein, le prépuce et le gland (chancres mous types).

Adénite aiguë de l'aine gauche ; à droite, quelques ganglions durs et indolents.

Macules brunâtres sur les membres inférieurs et sur le tronc, vestiges de l'affection ecthymateuse ancienne.

Adénopathie cervicale postérieure.

même semaine à trois individus, qui arrivent presque simultanément à l'hôpital.

Or, voici ce que nous constatons sur chacun d'eux :

Sur le premier, *chancre simple*, à base molle, du méat urinaire.

Traitement : Vin aromatique. Cataplasmes.
19 janvier. Ouverture du bubon.
5 février. Chancres en voie de réparation.
12. Cicatrisation du chancre.
18. Guérison du bubon.
Pas de nouvel accident constitutionnel jusqu'à la sortie.

III. L..., âgé de 20 ans. Sujet lymphatique.

Blennorrhagie en 1855, traitée par le copahu, guérie en deux mois. Nul accident consécutif.

Rapport avec la fille C... le 31 décembre. Coït antérieur remontant aux derniers jours de novembre.

Chancres reconnus à la date du 4 janvier.

10 janvier. Deux *chancres simples*, à base molle, siégeant l'un sur le limbe du prépuce, l'autre sur la rainure glando-préputiale.

Aucun retentissement ganglionnaire.

Traitement : Vin aromatique.

Guérison des chancres à la fin de février. Nul accident constitutionnel.

(J'ai revu ce malade à plusieurs reprises jusqu'en août 1856 : il n'a jamais présenté le moindre accident de syphilis.)

IV. C..., âgé de 20 ans. Constitution très robuste. Tempérament sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports le 29 décembre 1855 avec la fille C.... Coït antérieur remontant à quatre mois.

Chancres reconnus le 2 janvier.

État actuel, 7 janvier :

Chancres simples, à base molle, du prépuce et du frein,

Aucun retentissement ganglionnaire. Traitement : Vin aromatique.

Cicatrisation des chancres dans les derniers jours de janvier. Aucun accident consécutif.

Alfred Fournier. E. Caby,
Interne de St-Lazare.

Adénite aiguë de l'aine gauche; dégénérescence strumeuse; suppuration.

Sur le second, *chancres simples* à base molle, siégeant sur le prépuce.

Adénite aiguë de l'aine gauche, ne tardant pas à suppurer.

Sur le troisième, *chancres simples,* à base molle, de la rainure glando-préputiale. Bubon suppuré.

Aucun symptôme constitutionnel ne se développa sur ces trois individus.

La femme dont ils tenaient ces accidents portait elle-même un large *chancre simple* de l'anus et du périnée, à base parfaitement molle, qui ne fut suivi d'aucun symptôme constitutionnel.

Permettez encore que je vous cite le fait suivant, qui, bien qu'analogue à ceux qui précèdent, présente de plus une particularité remarquable sur laquelle je veux appeler toute votre attention. C'est le développement d'une *même* variété de chancre sur plusieurs individus se trouvant, par leurs antécédents au point de vue de la diathèse, dans des conditions de *réceptivité* différentes.

La fille C... a des rapports, dans la dernière semaine de décembre 1855, avec quatre individus.

De ces quatre individus, deux étaient sous le coup, à cette époque, d'une *diathèse syphilitique,* dont l'origine remontait à plusieurs mois; le troisième n'accusait, comme antécédent, qu'une *blennorrhagie;* le quatrième était *vierge de tout accident vénérien.*

Or, ces quatre individus contractent à la même époque des chancres de *nature exactement semblable,* chancres simples, sans aucune induration à la base.

Chez les deux premiers, il se produit des bubons inguinaux qui suppurent ; les accidents constitutionnels de la diathèse antérieure suivent leur marche.

Chez les deux derniers, il ne se produit aucun symptôme d'infection constitutionnelle.

Mais je m'arrête, car il serait inutile de prolonger davantage cette énumération, et je termine en résumant, sous une formule générale, tous les faits précédents : *Le chancre simple paraît naître du chancre simple et se propager uniquement dans son espèce.*

Voilà, Messieurs, ce que j'avais à vous dire sur ce point d'étude nouveau, l'*origine* du chancre et le rapport du symptôme transmis à l'accident originel.

J'aborderai bientôt ce qui a trait à l'autre variété d'ulcération primitive, le chancre *infectant*, ou chancre *induré*.

III.

CHANCRE INFECTANT, CHANCRE INDURÉ.

Messieurs,

Avec le *chancre induré,* nous entrons aujourd'hui dans le domaine de la syphilis.

Ce qu'a de spécial la variété du chancre dont nous allons nous entretenir, ce n'est pas seulement l'induration qui l'accompagne, c'est, surtout et avant tout, l'influence générale qu'elle exerce sur l'économie, c'est son retentissement sur l'organisme, c'est la diathèse qu'elle établit.

Nous abordons ici l'histoire d'une *affection constitutionnelle.*

I.

La syphilis n'appartient qu'à l'homme. Immunité des espèces animales. — Du chancre infectant. — Question du siége. — Développement. — Remarquable indolence du début. — Formes initiales. — Aspect de l'ulcération. — Parallèle, *de visu,* des deux variétés du chancre.

La description générale du chancre que je vous ai donnée au commencement de ces leçons vous a déjà fait connaître en partie le chancre induré. Il ne me reste donc plus qu'à insister sur ce que son histoire offre de spécial.

Vous savez déjà que c'est une variété du chancre *exclusivement propre à l'homme.* Si la transmission du chancre simple aux animaux avait pu soulever quelque doute, ici toute incertitude disparaît. Il est péremptoirement et définitivement établi que, des innombrables tentatives faites jusqu'à ce jour pour inoculer sur les espèces animales le chancre *infectant*, aucune n'a fourni la pustule spécifique, aucune n'est devenue l'origine d'une syphilis bien et dûment caractérisée.

Je répète donc avec tous les syphiliographes sérieux du passé, je proclame avec mes deux savants collègues du Midi, MM. Puche et Cullerier, que les animaux sont réfractaires au virus infectant, et que *la syphilis ne leur est pas transmissible :* en sorte que la vérole nous reste ainsi en toute propriété et sans partage (1).

Je vous ai dit encore que le chancre induré pouvait *se manifester partout,* depuis le sinciput jusqu'aux pieds. Tandis qu'en vous parlant du chancre simple, j'étais obligé de faire des restrictions et de tracer les limites du terrain où il peut se produire, ici, au contraire, il n'est besoin ni de restrictions, ni de limites. Le chancre infectant se développe partout, sur les membres, sur le tronc, sur le col et sur la *tête* même, ce domaine inaccessible au chancre simple. Pour lui, toute région est bonne, il germe sur tout terrain (2).

Les muqueuses n'en sont pas plus exemptes que la peau. Vous savez quelle est sa fréquence à la vulve, sur le gland, sur la muqueuse préputiale, etc. Je l'ai rencontré sur les lèvres, sur la langue, sur

(1) Il ne faut pas, comme l'a fait l'école physiologique, confondre les *ulcérations simples* et les *affections catarrhales* dont les animaux peuvent être affectés comme l'homme, avec la véritable *syphilis*. Celle-ci ne se retrouve pas sur les espèces animales. — R.

(2) Voyez la note V.

la conjonctive, sur la pituitaire, sur le col utérin, au vagin, à l'anus, dans le rectum, etc., etc... Peut-être la muqueuse du tube digestif, au delà du pharynx et en deçà du rectum, est-elle également apte à le recevoir; mais on n'a pas, que je sache, tenté d'inoculation directe en mettant à découvert une portion de la muqueuse intestinale. En tout cas, c'est vainement qu'on a essayé jusqu'à ce jour de produire des inoculations sur l'estomac, en faisant avaler du pus de chancre incorporé à quelque pilule (1). Vous sentez bien, du reste, que ce mode d'expérimentation était loin de remplir toutes les conditions nécessaires à la contagion.

(1) Hunter rapporte un fait semblable observé *sur l'homme*. L'ingestion du pus chancreux dans l'estomac ne fut suivi d'aucun accident. Voici ce fait, tel qu'il est raconté par Hunter :

« Un homme atteint de chancres *qui suppuraient abondamment*, avait l'habitude de se laver les parties malades dans une tasse à thé, avec du lait dont il imbibait un peu de charpie, et il laissait ordinairement la charpie avec le lait dans la tasse. Un petit garçon de la maison déroba le lait, et le but : mais on ne put savoir si la charpie avait été avalée ou non. Le malade ne fit connaître ce qu'il en était ni à l'enfant ni à sa famille ; mais, à l'insu de celle-ci, il surveilla très attentivement la santé de cet enfant pendant plusieurs années. Il ne survint rien qui pût donner le moindre soupçon que l'enfant eût été affecté de la syphilis, soit *localement* dans l'estomac, soit *constitutionnellement*. » — (Hunter, trad. de Richelot. *De la syphilis constitutionnelle*, chap. I, § I.)

On lit encore dans Petit-Radel (*Cours de maladies syphilitiques*, tome I, page 20) :

« Le virus syphilitique n'*agit pas sur les muqueuses des premières voies*, à en juger d'après les faits rapportés par quelques auteurs. Ainsi, l'expérience a constaté que ce même *délétère* a été avalé, et même en assez grande quantité, sans cependant qu'il en soit survenu le moindre symptôme d'infection chez celui qui s'était exposé au hasard d'une pareille tentative. Arriverait-il ici la même chose qu'à Redi, qui avalait impunément le venin de la vipère, et qu'à d'autres qui vainement ont tenté de s'inoculer en mêlant de la matière variolique à des pilules de mie de pain, à savoir une véritable *coction du virus* qui en détruirait toutes les mauvaises qualités? Il suffit de réfléchir sur l'étendue du pouvoir de la faculté peptique, sur ses moyens de transmutation supérieurs à ceux d'une chimie ordinaire, pour se rendre raison d'une pareille impuissance du délétère, lorsqu'il est ainsi soumis aux actions organiques des premières voies. »

A. FOURNIER.

Mais j'ai hâte d'aborder l'histoire du développement du chancre induré et l'exposé de ses caractères.

Le chancre qui doit s'indurer, ou autrement le chancre infectant, se développe, en général, d'*une façon lente et insidieuse*. Il faut au pus d'inoculation un certain temps pour se *préparer le terrain* en quelque sorte, et s'y développer. C'est donc ici qu'on pourrait admettre une véritable *incubation,* si l'on s'en rapportait exclusivement au dire des malades; mais l'expérimentation directe démontre surabondamment que cette incubation n'existe pas, dans la véritable acception du mot. Les phénomènes produits par l'insertion du virus sont, en effet, presque immédiats; seulement les symptômes initiaux sont très minimes et difficilement appréciables, si ce n'est pour un œil attentif et expérimenté. Aussi, le *véritable début* du chancre induré passe-t-il, en général, complétement inaperçu des malades. Cette prétendue période d'incubation qui sépare le moment de la contagion de l'époque à laquelle le chancre est reconnu par le sujet contagionné, n'est donc, à vrai dire, qu'une période d'*inobservation*.

Ajoutez encore que le chancre infectant est une ulcération *essentiellement indolente* dans son développement. Le plus souvent, il naît, s'étend, se creuse et s'établit sans provoquer la moindre réaction douloureuse. Aussi, pour les malades, enclins à juger de la gravité du mal par la douleur qu'ils en éprouvent, cette ulcération n'est-elle, la plupart du temps, qu'une excoriation insignifiante, qu'une « *écorchure* » à laquelle ils n'accordent aucune importance. Souvent même, chez les sujets inattentifs et peu soigneux, elle passe absolument inaperçue, et il n'est pas rare de voir arriver à la consultation du Midi des individus porteurs de *très larges* chancres indurés dont *ils ne soupçonnent pas même l'existence* (1).

(1) Il nous arrive ainsi fort souvent, lorsque des malades se présentent à

S'il peut en être ainsi pour l'homme, jugez, pour le dire en passant, si le chancre en général, et, en particulier, le chancre infectant, court le risque d'être ignoré ou méconnu chez la femme ! Et que penser alors des doctrines de ces praticiens qui nient le chancre comme exorde obligé de la syphilis, pour cette seule raison qu'il n'est point exactement accusé par les malades dans TOUS les cas !

Les *formes* que prend au début le chancre induré, sont les mêmes que celles du chancre simple. Tantôt, c'est une pustule qui précède l'ulcération ; tantôt cette dernière s'établit d'emblée.

Primitive ou consécutive à la pustule, l'ulcération se présente généralement avec la forme arrondie, forme caractéristique des ulcères vénériens primitifs et déjà signalée à propos du chancre simple.

Son aspect cependant, pour un œil exercé, diffère à plus d'un titre de celui qu'offre le précédent. Ainsi, la surface de l'ulcération est plus lisse, moins vermoulue, moins déchiquetée que celle du chancre simple, qui, vous le savez, offre ordinairement un fond irrégulier, chagriné et comme aréolaire. A la période de progrès, l'ulcération devient grise et lardacée, mais en conservant toujours un aspect plus uni, quelquefois même brillant et irisé. Les bords sont généralement lisses, luisants et comme vernis, tandis que le centre présente une teinte plus sombre, et d'un gris uniforme.

Voici encore un signe différentiel que je signale à votre atten-

nous pour des symptômes secondaires, je suppose, de leur découvrir sur la verge ou ailleurs, de larges cicatrices indurées ou même de vastes ulcérations encore persistantes, qui, sans nous, seraient passées complétement inaperçues. Si vous n'aviez été témoins de faits semblables à nos consultations, j'exciterais certainement un sourire d'incrédulité sur vos lèvres, en vous disant que certains individus nous avouent, fort naïvement et de la meilleure foi du monde, n'avoir pas *remarqué* sur eux-mêmes des ulcérations de la largeur d'une pièce d'un franc, et au delà ! — R.

tion : le chancre mou est, pour ainsi dire, creusé à l'*emporte-pièce ;* le chancre induré est fait à l'*évidoir ;* sur l'un, les bords sont abrupts et comme taillés à pic ; sur l'autre, les bords fuient vers le fond par une pente insensible, de façon que l'ulcère prend un aspect véritablement *cupuliforme.*

Les bords du chancre mou sont le plus souvent décollés ; ceux du chancre induré sont au contraire adhérents.

Ce sont là, sans doute, des caractères minutieux, des caractères qui reposent sur des détails d'aspect et de forme, variables suivant le siége, la période, la durée de l'ulcération, etc. Néanmoins, j'y attache une grande valeur, car ce sont des signes essentiellement pratiques, qui, dans les cas où ils sont nettement accusés, donnent à telle ou telle variété du chancre une *physionomie,* une allure tellement particulière, qu'ils suffiraient amplement au diagnostic, je ne crains pas de le dire, à défaut de tout autre élément séméiologique.

II.

INDURATION SPÉCIFIQUE.

Ses caractères. — Induration en profondeur. — Induration en surface ou *parcheminée.* — Nature. — Époque d'apparition. — Des prétendues indurations tardives. — Caractères différents de l'induration suivant les régions. — De l'induration chez la femme. — Une hérésie. — Réfutation.

J'arrive maintenant à un point capital dans l'histoire du chancre infectant : je veux parler de l'*induration.*

La base de l'ulcère qui doit infecter l'économie présente un caractère tout spécial, que vous ne rencontrez sur aucune autre

ulcération d'origine vulgaire ou même syphilitique. Ce caractère, vous l'avez déjà nommé, c'est l'INDURATION.

Cette induration est circonscrite à la circonférence du chancre qu'elle déborde plus ou moins; elle s'enfonce profondément dans les tissus sous-jacents, sous forme d'une demi-sphère, dont l'ulcération extérieure représenterait la surface de section. Elle environne l'ulcère de toutes parts; elle est à la fois *au-dessous* et *autour* de lui. Elle lui forme en quelque sorte un lit, et en même temps elle encadre son bord de manière à lui servir partout de moyen d'union avec les parties saines environnantes.

Quelquefois même, elle soulève l'ulcération au-dessus du niveau des tissus voisins pour constituer alors une des variétés de l'*ulcus elevatum*.

Cette induration, je le répète, est *exactement* et *brusquement* circonscrite à la circonférence de la base du chancre, ainsi que l'avait remarqué Hunter (1); elle n'affecte pas les tissus voisins,

(1) « Il survient un épaississement local qui d'abord et tant qu'il est de *nature vraiment vénérienne*, est *très circonscrit*, ne se perd point d'une manière graduelle et insensible dans les parties environnantes, mais se termine *brusquement*. » — (Hunter, trad. de Richelot. *Du chancre*, chap. I.)

Cette variété du chancre avait été observée longtemps avant Hunter par Jean de Vigo, médecin du pape Jules II, par Thierry de Héry, par Astruc qui la définissait ainsi : « Un petit ulcère rond et *calleux*. »

Thierry de Héry avait même insisté sur le caractère de l'induration, comme le montre le curieux passage suivant :

« Tous praticiens méthodiques témoigneront que *le plus certain signe en toutes pustules et ulcérations* est une DURETÉ EN LA RACINE, soit qu'extérieurement elles apparaissent bilieuses ou sanguines : de sorte que les ayant curieusement disséquées, on les trouvera farcies d'une matière gypseuse et blanche. » — Cette matière gypseuse et blanche ne serait-elle pas ce noyau induré qui soustend l'ulcère de nature infectieuse, et dans lequel nos micrographes modernes ont reconnu les éléments du tissu fibro-plastique ?

C'est à Hunter qu'on attribue, en général, la découverte du chancre induré,

qui conservent leur souplesse habituelle, à part, bien entendu, les complications phlegmoneuses dont ils peuvent devenir le siége.

Elle se produit *à froid,* sans rayonnement inflammatoire, en sorte que le noyau constitué par elle se trouve comme un corps étranger déposé sous la peau et enchâssé au centre de tissus sains.

L'induration qui sous-tend la base et déborde la circonférence du chancre infectant, possède, Messieurs, un caractère tout spécial, qui n'appartient certainement qu'à elle et en fait un signe véritablement *pathognomonique.* Cette induration, en effet, comme je l'ai dit et écrit tant de fois, produit au toucher une sensation *sui generis, qu'on ne peut confondre avec aucune autre,* dès qu'on l'a une seule fois bien éprouvée. C'est la sensation d'un tissu élastique, rénitent, chondroïde; sensation qui ne ressemble en rien à celle que donne au toucher l'œdème dur des phlegmasies ou le tissu des cicatrices. C'est à tort qu'on s'est efforcé d'en contester le caractère spécial; c'est à tort aussi qu'on affecte de jouer sur les mots *induration* et *dureté,* mots synonymes, sans doute, dans le langage vulgaire, mais auxquels la pauvreté de notre langage descriptif m'a contraint de donner un sens différent, et que j'emploie d'une façon *conventionnelle* pour exprimer des choses bien différentes.

Non, et mille fois non, l'*induration cartilagineuse, rénitente, élastique,* du chancre induré n'est pas la *dureté mate* des tissus enflammés, non plus que des tissus cicatriciels. Il n'y a là de sem-

dit chancre *huntérien.* Cependant, et c'est là le point capital, s'il connut et décrivit l'induration, Hunter n'en *saisit point la signification pathologique.* — L'on sait à qui revient l'honneur d'avoir interprété ce précieux signe et d'en avoir fait à la fois la condition et le témoignage de l'infection constitutionnelle.

A. FOURNIER.

blable que les mots ; mais les choses et les sensations qu'ils expriment ne se ressemblent en rien. Il faut vraiment tout le mauvais vouloir d'une opposition systématique pour ne pas accepter ces distinctions, et s'obstiner à confondre ce que les sens se refusent à assimiler.

Bell avait comparé cette induration à la moitié d'un pois sec qui serait placé au-dessous de l'ulcération. C'est, en effet, la forme qu'elle revêt *le plus souvent*, spécialement lorsqu'elle se développe sur des tissus homogènes.

Mais cette forme classique présente quelques variétés.

Tout d'abord, si les tissus attaqués par le chancre cèdent inégalement dans les différents points de sa circonférence, l'infiltration plastique, qui constitue l'induration, se produit d'une façon irrégulière ; elle prend alors des formes diverses, devient elliptique, anfractueuse, revêt l'aspect d'une crête, soulève inégalement le chancre sur les différents points de sa surface, etc. Ce ne sont là que des influences de siége.

Quelquefois l'induration, spécialement accusée sur les bords de l'ulcération, manque presque complétement au centre, de façon à affecter une forme *annulaire* (1).

D'autres fois, au lieu de s'enfoncer, de s'implanter, pour ainsi dire, dans les tissus, elle reste superficielle, elle *double* simplement l'ulcération, sans pénétrer plus avant. En sorte que, si vous venez à saisir entre les doigts un chancre qui présente cette forme d'induration, vous ne percevrez plus ni la demi-sphère dont je

(1) C'est là ce que Wallace a désigné sous le nom de *syphilis annulaire*. On a encore voulu, et bien à tort, faire des variétés de certaines formes que donne aux chancres l'induration de leur circonférence, telles que le chancre *cannelé*, etc.

vous parlais tout à l'heure, ni le demi-pois de Bell. Tout se borne à une *induration en surface* que l'on ne saurait mieux comparer qu'à *une feuille de parchemin* déposée sous la base du chancre. Venez-vous, en effet, à comprimer cette base, vous éprouvez une sensation complétement analogue à celle que donne un parchemin, lorsque vous le pressez mollement entre les doigts par ses bords opposés.

Aussi ai-je donné à cette forme le nom d'INDURATION PARCHEMINÉE.

Cette variété d'induration superficielle échappe aux doigts inhabiles ou peu attentifs. Il faut *savoir toucher et sentir* pour bien la percevoir. Il faut surtout savoir la *chercher* pour la découvrir.

Souvent même, elle est tellement légère, tellement *superficielle*, qu'elle demande pour être reconnue une certaine habileté pratique.

Mais déjà la *nature intime* de l'*induration* inquiète vos esprits, et vous attendez que je vous en dévoile le mystère. Qu'est-ce donc que cette base indurée qui supporte l'ulcère infectant ? quelle influence organique la produit ? quels éléments anatomiques la constituent ?

Cette induration, Messieurs, a pour siége l'épaisseur de la peau et des muqueuses, ainsi que le tissu cellulaire qui double ces membranes. Elle paraît affecter de préférence le système lymphatique et généralement on la croît constituée par l'*épanchement d'une lymphe plastique dans les vaisseaux absorbants, avec suffusion dans le tissu cellulaire de voisinage*. C'est donc une sorte de lymphangite capillaire, avec débordement périphérique.

Il est remarquable, en effet, que l'induration se formule le mieux

dans les régions où le système lymphatique est le plus développé et sur les points les plus riches en lacis absorbants.

Notez encore que c'est par la voie des lymphatiques qu'elle s'étend et se propage. Ce sont les cordons lymphatiques qui, pour ainsi dire, la transportent dans les ganglions.

Quant à la nature intime de l'induration, le microscope, les dissections, l'analyse chimique, n'ont pu en pénétrer le mystère. Tout ce que l'on sait encore aujourd'hui, c'est que les tissus indurés sont constitués par un élément *fibro-plastique* analogue à celui que forme l'économie en dehors de toute condition de spécificité virulente (1).

A quelle époque se manifeste l'induration ? Question très litigieuse, bien controversée, sur laquelle je veux arrêter un instant vos esprits.

(1) Plusieurs micrographes ont étudié l'induration du chancre et sont arrivés aux mêmes conclusions.

D'après MM. Ch. Robin et Marchal (de Calvi), l'induration serait formée presque en entier d'éléments fibro-plastiques. — (Mémoire présenté à l'Académie des sciences, séance du 2 novembre 1846, sur les *Éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique et sur la présence de ce tissu dans l'induration du chancre.*)

Voici, sur ce sujet, une note plus complète qu'a bien voulu me communiquer M. Ch. Robin.

« Le chancre induré est constitué ainsi qu'il suit :

» 1° D'une trame de *fibres de tissu cellulaire* dans laquelle se retrouvent quelquefois des *fibres élastiques cutanées*;

» 2° D'une assez grande quantité de *matière amorphe* interposée à ces fibres, matière d'autant plus abondante que l'induration est plus transparente;

» 3° De *noyaux libres fibro-plastiques* formant une partie considérable de la masse et toujours accompagnés d'une quantité au moins égale de *cytoblastions*;

» 4° On y voit aussi un certain nombre de *corps fusiformes fibro-plastiques.* »

A. FOURNIER.

Tout d'abord, j'affirme que jamais, dans aucun cas, l'induration ne précède l'ulcération, comme on l'a très faussement avancé (1).

C'est généralement dans les derniers jours du premier septénaire qui suit le coït infectant que l'induration commence à se montrer.

Dans le second septénaire, elle se complète et devient au delà de mieux en mieux caractérisée.

Voilà la règle ; tout au moins voilà ce qu'apprend l'observation journalière.

Mais l'induration peut-elle se produire plus tôt ; peut-elle se manifester plus tard ?

Je ne l'ai jamais rencontrée avant le troisième jour, et je crois qu'avant ce terme elle n'est jamais manifeste.

Il est des indurations *tardives* comme il en est de précoces. Mais il faut bien s'entendre sur ce point, afin de ne pas admettre comme réelles ces prétendues indurations produites à plusieurs septénaires et même à plusieurs mois de date du coït infectant. Le phénomène est tardif s'il ne s'est pas encore manifesté dans le cours ou même au début de la seconde semaine. Au delà, il peut encore se développer, mais c'est un fait des plus rares que de voir un chancre s'indurer dans le troisième septénaire.

Quant aux indurations qui attendent plus longtemps pour appa-

(1) C'est à l'opinion de G. Babington que notre maître fait allusion ici. « L'épaississement de tissu, dit en effet Babington, précède, en général, l'ulcération. Le premier effet de l'infection vénérienne est de produire cette modification particulière dans la texture de la partie. Le second effet est de *produire l'ulcération de la partie indurée.* Le caractère de l'infection vénérienne primitive est essentiellement une induration passant ensuite à l'ulcération... etc. »

A. F.

raître, *je n'y crois pas*. Car, durant toute ma longue pratique, il ne m'a pas été donné d'en observer un seul exemple.

En résumé, le chancre, *s'il doit s'indurer, s'indure dès le début ;* si l'induration ne se produit pas dès les premiers jours de l'existence de l'ulcère vénérien primitif, c'est qu'elle n'a pas à se produire. C'est donc une erreur, Messieurs, de considérer ce symptôme comme une *terminaison*. Non, l'induration n'est pas une terminaison du chancre : c'est plutôt un *accident de début*, accident moins hâtif sans doute que l'ulcération, mais qui la suit de très près, en lui donnant une expression spécifique.

L'induration, ce signe si précieux qu'il suffit à lui seul pour caractériser l'ulcère infectant, l'induration, dis-je, se formule-t-elle partout, sur tous les tissus, avec la même évidence, avec la même richesse de suffusion plastique ? Non, Messieurs, et j'ai à vous signaler sur ce point de curieuses et importantes particularités.

Il est d'observation, comme je vous l'ai déjà dit, que les régions les plus riches en lacis lymphatiques sont précisément celles où l'induration se formule le mieux. Voyez les chancres de la rainure glando-préputiale, voyez les chancres des lèvres ! Tel est, sur ces points, le degré de rénitence des tissus envahis par l'infiltration plastique, que le chancre semble quelquefois reposer sur une demi-sphère de bois ou de silex. Telle est en même temps l'abondance de l'épanchement, que l'ulcération, soulevée bien au-dessus du niveau des parties saines, se présente sous l'aspect d'un mamelon saillant, pour constituer une des variétés de l'*ulcus elevatum*.

Remarquez que l'induration sur les mêmes points où elle se formule avec le plus d'exubérance, se montre plus persistante que sur toute autre région.

En revanche (et j'ai hâte de vous le signaler dès maintenant pour que le contraste vous frappe davantage), il est des régions anatomiques où l'induration se dessine mal, devient fort difficile à apprécier, et disparaît très rapidement. Ainsi, sur la muqueuse du vagin, sur les caroncules myrtiformes, à l'anus, etc., la base du chancre infectant ne se revêt pas de cette épaisse doublure indurée qui caractérise d'une façon si formelle les chancres de la rainure glando-préputiale ou de tel autre siége privilégié. Ici, c'est la variété *parcheminée* seule que l'on est appelé à constater : l'induration ne se produit *qu'en surface;* encore est-elle extrêmement légère, et, quoique suffisamment accusée pour une main attentive et habile, fort difficile à percevoir pour les doigts novices et inexpérimentés.

A ces difficultés qui tiennent au caractère même de l'infection, si vous ajoutez les embarras qui peuvent résulter du *siége* de l'accident sur des régions profondes et incomplétement accessibles, vous comprendrez sans peine que ce signe caractéristique, l'induration, doive échapper fréquemment, même aux praticiens les plus exercés et les plus avides d'un diagnostic rigoureux.

Notez encore, Messieurs, que l'induration, si difficilement perceptible sur ces régions, y est en outre essentiellement *passagère.* A peine produite, quelques jours suffisent pour la faire évanouir. Tandis que, sur tout autre point, elle survit à l'ulcération et persiste sous la cicatrice, ici, au contraire, elle *disparaît souvent avant que le travail de réparation soit achevé,* avant que la cicatrisation soit complète. En sorte que bien courte est la période où l'on peut la saisir et la percevoir.

Vous voyez, Messieurs, que je ne vous dissimule en rien les difficultés qui se présenteront à vous, lorsque vous aurez à recher-

cher sur quelques régions *spéciales* ce signe précieux, l'induration. Ces difficultés sont réelles et très grandes; elles arrêtent souvent le diagnostic et peuvent quelquefois le laisser pour longtemps incertain. Mais j'ai hâte d'ajouter qu'elles ne sont pas insurmontables, grâce surtout à d'autres signes, qui viennent compléter la symptomatologie du chancre et dont j'aurai bientôt à vous entretenir.

C'est probablement pour avoir, plus que tout autre, insisté sur les incertitudes que peut laisser, dans ces circonstances, l'exploration de la base du chancre infectant, que l'on m'a prêté une monstrueuse hérésie contre mes propres doctrines.

L'on a dit que le chancre infectant *ne s'indurait pas chez la femme !* Et il s'est trouvé des partisans de cette doctrine qui me l'ont complaisamment attribuée; tout au moins l'on m'a fait dire que *je ne la contestais point.*

Recherchons donc ce qui a pu donner naissance à cette singulière opinion. Le chancre est-il absolument privé de la faculté de s'indurer *chez la femme,* en quelque point qu'il se produise? Cela est trop évidemment absurde; cela ne soutient pas l'analyse (1). Ou bien le privilége de l'induration n'est-il dénié sur la femme qu'à certaines régions, à certains points des organes sexuels, par exemple? C'est là sans doute ce que l'on a voulu me faire dire. Eh bien! à la vulve, sur les petites lèvres, sur le clitoris, sur l'urètre, l'induration se formule très bien, très nettement; le chancre infectant des grandes lèvres est aussi bien et aussi fortement induré que le chancre infectant chez l'homme. Il est vrai qu'au delà de l'anneau

(1) Les chancres qui siégent sur des organes communs aux deux sexes, s'indurent chez la femme comme sur l'homme, au même degré, avec les mêmes caractères. Tels sont, par exemple, les chancres des lèvres, de la langue, de la face, des doigts, etc. R.

vulvaire, dans le vagin, l'induration perd de sa rénitence, de sa netteté, qu'elle peut manquer même ou devenir moins facilement appréciable. Mais si elle échappe quelquefois, elle n'en existe pas moins d'une manière générale; elle se produit bien réellement, et peut être perçue *dans un certain temps* et par de certains doigts. En tant que phénomène pathologique, *doctrinal*, si vous voulez me permettre cette expression, elle est *irrécusable;* en tant qu'indication séméiologique, elle est plus ou moins rapide à disparaître et délicate à bien apprécier.

Il n'est pas chez la femme jusqu'aux parties les plus profondes et les plus difficilement accessibles à une exploration directe, où l'induration ne puisse parfois être perçue et parfaitement constatée. J'ai eu l'occasion d'observer un chancre du museau de tanche, sur une femme affectée de prolapsus utérin; le col pouvait, dans ces conditions, être aussi facilement saisi entre les doigts et aussi délicatement exploré que l'extrémité d'une verge. Eh bien, la base de ce chancre présentait une *induration toute spéciale*, chondroïde, presque ligneuse, qui se détachait très distinctement de la dureté propre à l'organe sur lequel il s'était développé. — Je n'ai pas besoin d'ajouter que des accidents constitutionnels vinrent confirmer le diagnostic que j'avais porté sur la nature de cette ulcération.

Dans une autre circonstance, j'ai constaté sur une femme un chancre du rectum, très haut situé dans cet organe. L'origine de cet accident était fort naïvement avouée par la malade, et, du reste, l'examen direct ne permettait pas le moindre doute sur la nature de l'ulcération, en sorte que mon jugement fut de suite établi. Eh bien, la base de ce chancre était encore, comme dans le cas précédent, *très fortement indurée.* — Si, du reste, j'avais pu hésiter un moment, si j'avais, par exemple, confondu cette induration avec ces engorgements calleux qui accompagnent les simples fissures,

j'aurais été bientôt détrompé par l'apparition d'une splendide roséole, laquelle vint à point confirmer mon diagnostic et mes prévisions.

Jugez donc, Messieurs, si j'en suis à repousser l'*induration* chez la femme, comme prélude de l'infection constitutionnelle !

Mais quittons un instant ce qui a trait à l'*induration*, ce caractère si précieux dont j'aurai longtemps encore à vous entretenir, pour reprendre la pathogénie du chancre infectant.

III.

Suite des caractères propres au chancre infectant. — Suppuration. — Le chancre induré est généralement solitaire. — Statistiques. — Dix-neuf chancres indurés sur le même sujet. — Limitation rapide de l'ulcération. — Du phagédénisme. — Le chancre *rongeur* préserve-t-il de la vérole?

Je vous ai déjà signalé, Messieurs, de nombreuses différences qui séparent le chancre simple de la variété dont nous traitons actuellement; ce chapitre est loin d'être épuisé.

Le chancre simple, comme vous le savez, suppure abondamment, c'est l'une des sources les plus fécondes du pus virulent. Le chancre induré, au contraire, *suppure peu*, en général, et ne fournit qu'une quantité minime d'une sérosité le plus souvent *sanieuse* et *mal liée*.

Le chancre simple est généralement multiple d'emblée, ou le devient après coup par une série d'inoculations de voisinage. Il se propage et se multiplie sur place avec une désespérante fécondité.

Il n'en est pas de même du chancre induré, qui, le plus sou-

vent, est *solitaire*. Dans la grande majorité des cas, c'est une ulcération *unique* qui sert d'origine à la vérole (1). Cependant, il n'est pas rare de rencontrer des malades porteurs de plusieurs chancres indurés qui se sont déclarés *simultanément*. L'un des malades actuels de notre service en présente jusqu'à DIX-NEUF ; mais c'est là, je dois vous le dire, une exception des plus rares (2).

(1) Sur l'invitation de M. Ricord, j'ai dressé à ce sujet la statistique suivante sur 456 malades traités dans les salles du Midi pendant mon internat, pour des chancres indurés :

1° Malades porteurs d'un chancre induré UNIQUE.	341
2° Malades porteurs de chancres indurés MULTIPLES. . .	115

Ces derniers malades sont de plus répartis comme il suit :

I.	Malades affectés de	*deux* chancres indurés.	86
II.	—	*trois* chancres indurés.	20
III.	—	*quatre* chancres indurés.	5
IV.	—	*cinq* chancres indurés	2
V.	Malade affecté de	*six* chancres indurés	1
VI.	—	*dix-neuf* chancres indurés. . . .	1
		Total. . . .	115

D'après cette statistique, le chancre induré serait SOLITAIRE TROIS FOIS SUR QUATRE.

M. Clerc est arrivé à un résultat à peu près analogue. « Sur un nombre total de 267 malades atteints de syphilis constitutionnelle, et chez lesquels le chancre a été le seul antécédent de la syphilis, j'ai trouvé, dit M. Clerc, que le chancre était *solitaire* 224 fois, et *multiple* 43 fois seulement. Ce qui, en nombre rond, peut se traduire par 80 sur 100, ou *huit fois sur dix*. »

Si l'on rapproche cette statistique de celle que nous avons donnée précédemment à propos du chancre simple, l'on y trouvera doublement confirmée cette proposition de notre maître : *Le chancre simple est généralement multiple; le chancre induré est généralement solitaire.*

A. FOURNIER.

(2) Voici, en détail, la très curieuse observation citée par M. Ricord. — Je l'extrais textuellement de mes notes.

M... (Louis), âgé de 19 ans. Entré à l'hôpital du Midi le 8 juillet 1856.

Si le chancre induré peut être multiple d'*emblée*, ou s'il peut exister plusieurs chancres indurés *contemporains*, il est infiniment

Constitution robuste. Tendance à la pléthore.

Aucun antécédent vénérien.

A la date du 14 ou du 15 juin, ce jeune homme eut un seul rapport avec la fille Adèle C.... — Coït antérieur remontant *au moins* à six semaines. — Pas de coït consécutif.

Quatre ou cinq jours après, c'est-à-dire vers le 19 juin, apparition d'un *écoulement urétral* qui ne tarde pas à augmenter dans les jours suivants. Presque à la même époque, développement de nombreux « boutons » sur le gland, le prépuce, le fourreau de la verge et la face antérieure des bourses. Ces boutons, au dire du malade, s'élargirent beaucoup, en se recouvrant de croûtes.

Le malade fut soumis, en ville, à l'usage du cubèbe et à l'emploi d'injections au sulfate de fer.

Le 8 juillet, il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel : Blennorrhagie. Écoulement abondant de coloration blanc-jaunâtre.

Chancres multiples de la verge et du scrotum, distribués comme il suit :

1° *Chancre parcheminé du gland.* Ulcération superficielle.

2° *Chancre induré de la rainure glando-préputiale.* Ulcération superficielle; induration cartilagineuse, *hémi-sphérique,* s'enfonçant très profondément dans les tissus sous-jacents.

3° *Six chancres sur le prépuce* (deux sur sa face muqueuse; quatre sur sa face cutanée). Ces chancres offrent tous l'induration parcheminée d'une façon très nette, très facilement appréciable. Ceux qui siégent sur la face cutanée sont recouverts d'une croûte d'un gris-jaunâtre, peu épaisse, et que l'on peut détacher avec l'ongle. (Forme ecthymateuse; ecthymas primitifs.)

4° *Sur le fourreau de la verge, six chancres* semblables, à base parcheminée, de forme ecthymateuse. (Ces chancres offrent, pour la plupart, l'étendue d'une pièce de 20 centimes; un seul présente la largeur d'une pièce d'un franc.)

5° *Sur la face antérieure du scrotum* et spécialement du côté gauche, *cinq chancres, à base indurée;* ulcérations généralement superficielles; absence de croûtes.

En tout, DIX-NEUF CHANCRES indurés.

plus rare de voir cette forme d'ulcération *se multiplier sur place*, par une série d'inoculations successives de son propre virus. En

Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente. Le bubon est surtout très caractérisé à gauche.

Lymphangite dorsale de la verge, indurée, indolente.

Traitement : Cubèbe, 30 grammes. — Une pilule de 5 cent. de protoiodure d'hydrargyre. — Pansement des chancres avec charpie imbibée de vin aromatique. — Tisane amère.

Dans les jours suivants, chute des croûtes qui recouvraient les chancres de forme ecthymateuse.

Le 21, quelques-uns des chancres sont en voie de cicatrisation. Écoulement urétral séreux. Même adénopathie.

Traitement : 2 pilules de proto-iodure. — Cubèbe, 15 grammes.

Le 28, guérison de l'écoulement. On supprime le cubèbe. — La plupart des chancres sont cicatrisés.

11 août. Adénopathie bi-cervicale postérieure, naissante. — Quelques douleurs de tête, surtout vers le soir. — Même traitement.

18. Cicatrisation complète des chancres. Induration persistante des cicatrices.

22. Le malade veut quitter l'hôpital. L'induration persiste encore d'une façon très appréciable sur les cicatrices du fourreau, du scrotum et du prépuce. Induration cartilagineuse de la rainure.

Adénopathie bi-cervicale postérieure très accusée.

Ce malade revint consulter M. Ricord dans les mois suivants, à une époque que j'ai omis de mieux préciser dans mes notes. Il n'avait continué son traitement que pendant quelques semaines. Il présentait à cette époque des plaques muqueuses confluentes des lèvres, de la langue et du voile du palais.

Ce qui ajoute encore à l'intérêt de cette observation tout exceptionnelle, c'est que nous avons pu comparer aux symptômes présentés par le malade précédent les accidents développés sur deux autres individus qui tenaient la contagion de la même fille.

Or, voici en quelques mots ce que l'on a constaté sur ces deux malades :

I. Q... (Ferdinand), 21 ans. Tempérament lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

tout cas, c'est seulement dans les premiers jours de son existence qu'il est permis au chancre induré de se reproduire *dans son espèce;* plus tard, ce n'est qu'à une autre variété de chancre qu'il pourrait donner naissance. — Mais je ne veux pas aborder ce grave sujet actuellement.

Tandis que le chancre simple possède une tendance essentiellement extensive et envahissante, le chancre infectant affecte une

Rapports avec la fille Adèle C... dans la première semaine de juin. — Coït antérieur remontant à trois semaines. — Pas de coït consécutif.

Chancre développé dès les premiers jours de juin. Pas de traitement.

État actuel, 22 juillet:

UN SEUL CHANCRE, à base indurée, développé sur le sommet du gland à gauche et près du méat. Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente, très accusée dans l'aine gauche.

Puis, dans les mois qui suivent: Roséole; éruption croûteuse du cuir chevelu; adénopathie cervicale postérieure; angine; douleurs rhumatoïdes.

II. P... (Charles), 25 ans. Constitution robuste, tempérament sanguin.

Blennorrhagie simple en 1850.

Rapports avec la fille Adèle C... dans les derniers jours de mai. — Coït antérieur remontant à plusieurs mois. — Pas de coït consécutif.

Trois chancres développés à quelques jours d'intervalle du dernier coït. — Écoulement urétral apparu simultanément. — Pour tout traitement, cubèbe et injections.

État actuel, 28 juin:

Trois chancres infectants, l'un situé sur le fourreau, de forme ecthymateuse, à base parcheminée; un second sur le frein, à base fortement indurée; le dernier dans l'urètre. (Induration spécifique de la moitié gauche du canal, au niveau de la fosse naviculaire. L'ulcération est assez profonde pour n'être pas aperçue par l'écartement forcé des lèvres du méat.)

Adénopathie bi-inguinale spécifique.

Dans les mois qui suivent, la série des accidents constitutionnels se développe: roséole papuleuse confluente; ecthyma du front; plaques muqueuses du scrotum; éruption croûteuse du cuir chevelu; adénopathie cervicale; céphalée nocturne; surdité de l'oreille droite, etc.

A. FOURNIER.

disposition inverse. *Il se limite très vite ;* il paraît en quelque sorte arrêté et circonscrit par le dépôt plastique qui double sa base et ses bords.

Son étendue est donc en général assez minime, et il est fort rare de lui voir subir la déviation phagédénique.

Telle est, en effet, Messieurs, la rareté des cas dans lesquels le chancre infectant prend une marche extensive et envahit une portion notable des téguments, que l'on a fait du phagédénisme une sorte d'*immunité* contre la vérole. C'est une croyance généralement acceptée, qu'un chancre devenu phagédénique n'infecte pas l'économie, comme si toute la virulence de la maladie s'épuisait sur le siége même de l'accident.

Mais hélas ! les conséquences locales du phagédénisme ne sont pas une préservation contre la diathèse, *lorsque l'accident originel est de nature infectieuse.* L'on n'achète pas l'immunité, au prix même de la plus épouvantable destruction, si l'ulcère destructeur porte en lui le germe de la vérole (1). Cela est tellement vrai, qu'on a

(1) Au moment où M. Ricord professait ces cliniques, il y avait précisément dans son service un malade qui se trouvait affecté d'un *chancre infectant à forme phagédénique.* Ce chancre avait résisté, tant en ville qu'à l'hôpital, à une série de médications. Il détruisit une grande partie du prépuce, laboura la rainure glando-préputiale sur laquelle il creusa un sillon profond et emporta finalement la moitié du gland qu'il crénela d'une étrange et horrible façon.

Ce chancre s'accompagnait d'une double adénopathie inguinale, spécifique, bien formulée, qui resta toujours *froide* et indolente.

Le malade, que je suivis avec le plus grand soin, fut affecté consécutivement d'une syphilide impétigineuse de la face, d'alopécie, d'une double adénopathie postéro-cervicale, d'une céphalée des plus intenses, de douleurs rhumatismales très vives, etc.

J'eus l'heureuse chance de pouvoir visiter la femme dont ce malade, et cela d'une façon très certaine, tenait la contagion. Je lui trouvai sur

même voulu établir une corrélation obligée entre cette forme particulière de l'accident primitif et certaines manifestations *graves* de la syphilis. C'est ainsi que Carmichaël donnait le chancre phagédénique comme le prélude des affections tuberculeuses (1). De même encore, le docteur Bassereau, considérant le chancre

la grande lèvre droite un chancre induré type de la largeur d'une pièce de 20 centimes. La base de ce chancre présentait une induration des mieux formulées. — Dans l'aine droite existait une adénopathie à ganglions multiples, durs et indolents.

Je prescrivis le traitement mercuriel et fis panser simplement le chancre avec un tamponnet d'ouate. — *En quelques semaines, sans autre traitement, l'ulcération fut cicatrisée.* A aucune époque de son existence, le chancre ne présenta de tendance à s'élargir et à prendre la forme phagédénique.

La malade suivit irrégulièrement son traitement, et je constatai sur elle dans l'espace de quelques mois, des accidents constitutionnels multiples, à savoir : roséole exanthématique ; plaques muqueuses labiales ; alopécie ; croûtes du cuir chevelu ; adénopathie bi-cervicale postérieure ; angine ; plaques muqueuses du voile du palais et des amygdales ; iritis syphilitique.

Le malade sur lequel s'était déclaré ce chancre phagédénique, était âgé de 32 ans ; c'était un homme de constitution robuste, de tempérament bilieux. La femme, âgée de 21 ans, était également assez forte de constitution, quoique légèrement lymphatique. — L'un et l'autre étaient soumis aux mêmes influences hygiéniques, vivant ensemble depuis fort longtemps ; influences d'ailleurs mauvaises, car ils travaillaient et couchaient dans une chambre où s'exhalaient, d'une façon presque continue, des vapeurs de sulfure de carbone.

Voilà donc un exemple de *chancre phagédénique reconnaissant pour origine un chancre qui suit régulièrement ses périodes, se limite à une très petite étendue et se cicatrise sans accident en quelques semaines.*

Cet exemple ne semblerait-il pas démontrer, contre les idées anciennes, que le phagédénisme ne se transmet point, au moins d'une façon nécessaire, par la contagion? — Voir, du reste, pour de plus amples développements, la note X (Pièces justificatives).

A. FOURNIER.

(1) V. page 12, note I.

comme la pierre de touche de la constitution, croit à un rapport exact entre le caractère du symptôme initial et la gravité des accidents consécutifs (1).

Ne considérez pas non plus le phagédénisme comme un être à part, comme une variété, une forme toute spéciale du chancre. Il n'en est rien. Le phagédénisme n'est qu'un *accident*, qu'une *complication*. A ce titre, il peut sévir sur l'une et l'autre forme d'ulcération primitive. Seulement, par une prédilection dont le secret nous échappe, il affecte le plus souvent la forme simple ou molle ; à tel point que, déviation assez commune pour cette dernière à des degrés différents, il constitue pour l'autre une rareté, une exception véritable.

Encore faut-il ajouter que le phagédénisme du chancre induré est généralement beaucoup plus limité, beaucoup moins extensif, en quelque sorte, que celui du chancre simple. Vous verrez rarement l'ulcère infectant labourer les tissus dans une aussi grande étendue et avec une résistance aussi opiniâtre que l'autre variété de l'ulcère vénérien primitif.

Voilà, Messieurs, ce que j'avais à vous dire sur les caractères du

(1) « Le chancre est comme la pierre de touche de la constitution. Par l'action qu'il exerce sur les tissus, il est permis de prévoir la marche des accidents consécutifs soit prochains, soit éloignés, qui pourront se manifester. La bénignité du chancre annoncera des symptômes constitutionnels peu graves ; sa malignité permettra au contraire de prévoir que le malade sera atteint de symptômes consécutifs d'une grande gravité........ De sorte qu'on peut considérer comme une loi la proposition suivante : Après les chancres indurés *bénins* surviennent les éruptions syphilitiques *bénignes*, et les affections des divers tissus *sans tendance à la suppuration* ; — après les chancres indurés *phagédéniques*, surviennent les syphilides *pustuleuses graves*, les *affections ulcéreuses de la peau* plus tardives, les *exostoses suppurées*, les *nécroses* et les *caries*. — (Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, chap. VII, § V.)

chancre infectant à la période d'état. Étudions-le maintenant dans sa marche ultérieure et sa terminaison.

IV.

Marche et terminaison. **— Le chancre infectant parcourt rapidement ses périodes. — Indolence de l'ulcération. — Cicatrisation. — Possibilité d'une métamorphose *in situ*. — Question de la *survie* de l'induration. — En général, l'induration survit à l'ulcération. — Exceptions. — Quelques faits curieux d'indurations à longue survie. — D'un caractère spécial à certaines cicatrices du chancre infectant.**

Une fois développé, le chancre infectant ne tarde pas à se limiter; il atteint promptement la période du *statu quo* spécifique, et il la parcourt avec une égale rapidité pour entrer dans la période de cicatrisation. Des deux formes de l'accident primitif, c'est assurément celle dont l'existence est la plus courte, dont la terminaison se fait le moins longtemps attendre.

Le chancre induré met à parcourir ses diverses périodes la même indolence qui a présidé à son développement. Aussi n'est-il pas rare, comme je vous l'ai dit, qu'il passe complétement *inaperçu* de certains sujets inattentifs ou peu soigneux.

Les phénomènes de la période ultime sont exactement semblables à ceux de la période correspondante du chancre simple : les bords s'affaissent, le fond se déterge, et le travail de cicatrisation se propage de la circonférence au centre.

Comme le chancre simple, le chancre infectant, parvenu à la période terminale, peut, lorsqu'il est abandonné à lui-même et par suite d'un travail irrégulier de cicatrisation, produire des *bourgeons* luxuriants, élevés, fongueux, *végétants*, qui donnent à l'une

et à l'autre de ces deux formes de l'accident primitif une ressemblance frappante avec la papule muqueuse, ou tubercule plat des anciens (1). Mais, de plus, il est exposé à subir une *transformation* véritable qui n'appartient qu'à lui. J'ai depuis longtemps signalé cette métamorphose, sur laquelle MM. Davasse et Deville (2) ont pu-

(1) Cette ressemblance peut donner lieu, surtout pour le chancre simple, à de graves erreurs doctrinales.

Il n'est pas rare (et M. Ricord en a montré de nombreux exemples à ses cliniques) de voir le chancre simple prendre, à une certaine époque, l'aspect et l'allure d'une véritable papule muqueuse. Or, l'on sait que cette variété de l'accident primitif conserve fort longtems sa spécificité virulente : si bien qu'à l'époque même où la curieuse transformation dont nous venons de parler s'est accomplie, la sécrétion que fournit le chancre peut rester inoculable. — De là, possibilité d'une double erreur :

1° En attribuant au chancre simple la faculté de développer à sa suite un accident *constitutionnel*, la plaque muqueuse ;

2° En accordant à cette *prétendue* plaque muqueuse l'inoculabilité qui n'appartient qu'à l'accident primitif, le chancre.

A l'appui de cette faculté d'inoculation que peut conserver le chancre simple à l'époque même où s'opère, où s'est accomplie cette transformation, je dois citer les trois faits suivants recueillis, cette année, dans le service de M. Ricord :

1° *Chancre simple du prépuce.* — Inoculation pratiquée, au 22e jour de l'existence de ce chancre, avec la sérosité purulente recueillie sur la surface de l'ulcération, qui, granulée, saillante, recouverte d'une pellicule blanchâtre, simule, à tromper l'œil le plus exercé, une véritable papule muqueuse. — *L'inoculation fournit la pustule spécifique.*

2° *Chancre simple* de la rainure glando-préputiale, élevé, bourgeonnant, granulé, simulant une papule muqueuse. — Inoculation au 25e jour. — *Résultat positif.*

3° *Chancre simple* de la rainure glando-préputiale, en voie de réparation, à surface saillante *(ulcus elevatum)*, recouverte d'une sorte de pseudo-membrane transparente et très mince ; aspect d'une papule muqueuse. — Inoculation au 35e jour. — Résultat positif.

A. FOURNIER.

(2) *Archives générales de médecine*, 1845.

blié d'intéressantes considérations. Il n'entre pas dans mon sujet actuel d'en développer les conditions et les symptômes : je ne vous en dirai que quelques mots.

La cause *générale*, la diathèse, qui doit produire à la suite du chancre les accidents propres à la syphilis constitutionnelle, choisit de préférence pour siége de ses manifestations les régions exposées à quelque excitation, à quelque irritation *locale*. Son influence est comme dirigée par certaines conditions qui tiennent à l'état des tissus et des organes. Au nombre de ces conditions se placent en première ligne les érosions, les ulcérations, les plaies de tout genre, etc. A ce titre, donc, l'ulcération constituée par le chancre peut devenir l'origine ou le prétexte d'une manifestation de la diathèse. C'est, en effet, ce qui se produit assez souvent. Le chancre subit une sorte de *transformation sur place :* son aspect se modifie, ses caractères sont altérés, et, en définitive, l'accident *primitif* se trouve métamorphosé *in situ* en un véritable symptôme *secondaire*. C'est fait du chancre : ce qui lui succède, c'est une *papule muqueuse* établie sur sa base indurée.

Ajoutez que l'induration chancreuse, quelquefois si fugace, peut avoir disparu, alors que cette transformation s'est accomplie (1).

(1) Voici comment cette transformation s'opère, d'après M. Ricord et son école :

Lorsqu'un chancre doit se métamorphoser en plaque muqueuse (ce qui se produit le plus souvent, au dire de MM. Davasse et Deville, *du quinzième au cinquantième jour* de son existence), il paraît d'abord entrer dans la période de réparation. Sa surface, de grisâtre et déprimée qu'elle était, devient *rouge, granulée et saillante*. Ces changements s'opèrent de la circonférence au centre, de sorte que les bords du chancre peuvent être rouges et saillants, quand le centre de l'ulcération est encore grisâtre. Puis, en même temps que les parties centrales sont envahies à leur tour par les bourgeons, l'on voit apparaître sur les bords une sorte de *liseré blanchâtre*. Cette sécrétion plastique blanche envahit

De là, Messieurs, tant d'erreurs doctrinales et pratiques que je me borne à vous signaler en passant. De là, la prétendue inoculabilité de certaines plaques muqueuses, qui n'étaient que des chancres *en voie de transformation*; — de là encore cette singulière opinion qui fait à volonté de cette même forme d'accident tantôt un *symptôme primitif* et tantôt une *manifestation secondaire*, opinion d'après laquelle la vérole pourrait débuter par une simple papule muqueuse, etc... Autant d'hérésies que j'ai depuis longtemps combattues!

Mais il est un point sur lequel je veux surtout insister à propos de la terminaison du chancre infectant : je veux parler de l'*induration*.

Que devient l'induration spécifique au moment où le chancre

toute l'étendue de la surface, et il résulte de cette série de modifications une saillie granuleuse, régulière, recouverte entièrement de la *pellicule membraniforme caractéristique*, et constituant la plaque muqueuse au dernier terme de son développement.

Cette transformation du chancre est beaucoup plus fréquente et beaucoup plus *hâtive* chez la femme que chez l'homme.

Elle se produit également sur tous les tissus et sur toutes les régions, sur les muqueuses comme sur la peau, sur les organes génitaux comme sur les lèvres, la langue, le mamelon, etc... — M. Bassereau rapporte dans son livre (p. 326) un remarquable exemple d'une transformation de cette nature subie par un chancre de la lèvre inférieure.

« C'est assurément, comme le dit M. Bassereau, ce mode de développement insidieux de la papule muqueuse qui a le plus contribué à faire considérer ce symptôme comme contagieux ; car le médecin, appelé à examiner un malade après la transformation du chancre, est naturellement porté à penser que le mal a commencé par une papule humide, puisqu'il ne découvre pas d'autre symptôme primitif, puisque, d'ailleurs, le malade affirme souvent que cette papule est le *premier symptôme* dont il s'est aperçu peu de jours après un coït suspect. »

A. F.

infectant se cicatrise? Disparaît-elle avec l'ulcération, ou subsiste-t-elle après le chancre?

C'est une règle presque générale que l'induration *survive*, dans une durée plus ou moins longue, à l'ulcération. — Sa rénitence, son élasticité décroissent graduellement; elle devient, comme je l'ai dit, *gélatiniforme;* puis après un certain temps, d'ailleurs très variable, elle s'évanouit complétement, en laissant quelquefois à sa place une tache d'un violet foncé, légèrement déprimée, comme s'il s'était fait une cicatrice dans l'épaisseur du derme.

Il est toutefois des cas exceptionnels (et je vous les signale tout d'abord pour déblayer le terrain des faits irréguliers et anormaux), il est des cas, dis-je, dans lesquels l'*induration s'évanouit avant le chancre*. S'il vous souvient de ce que j'ai eu l'occasion de vous dire à propos des chancres infectants de certaines régions, tels que ceux de l'anus, du vagin, etc., vous savez que les conditions de siége peuvent modifier l'expression *anatomique* de la diathèse, au point d'en altérer les caractères et la signification. Eh bien, c'est précisément sur ces mêmes régions que l'induration, mal formulée à la période même où le chancre se trouve en pleine activité, se dissipe avec le plus de promptitude dès que le travail de réparation commence à s'établir. Elle s'évanouit souvent avant que la cicatrice soit formée, et la base de l'ulcère infectant devient, à sa dernière période, aussi molle, aussi souple que celle du chancre simple.

Jugez, Messieurs, s'il y a place ici pour la confusion et l'erreur! Que d'éléments pour les contestations doctrinales!

Je dois encore vous signaler la particularité suivante, pour vous mettre en garde contre une forme *insidieuse* du chancre infectant.

Il arrive quelquefois, comme je vous l'ai dit, que le chancre infectant subit la déviation phagédénique. Il s'étend et se creuse : mais, dans sa marche envahissante, le premier tissu qui se trouve attaqué par les progrès de l'ulcération, c'est précisément le disque induré qui lui sert de lit et de couronne ; c'est le noyau d'exsudation plastique qui devient en premier lieu la proie du phagédénisme. Il se peut donc qu'à cette époque, le chancre perde le caractère que vous avez coutume d'interroger comme témoignage de l'infection, c'est-à-dire sa base indurée. — Encore une condition favorable à l'erreur !

Mais j'ai hâte de quitter le domaine des exceptions pour ne plus vous parler que de ce qui se produit dans la généralité des cas.

Je vous le disais tout à l'heure, il est de règle que l'induration persiste après l'ulcération. Seulement cette *survie,* pour ainsi dire, est plus ou moins longue. Ici, elle ne sera que de quelques semaines, ailleurs de plusieurs mois, et ailleurs encore de *plusieurs années.* A trente ans de date d'un chancre infectant, j'ai pu retrouver la base occupée par l'ulcération sous forme d'un noyau inodulaire encore facilement appréciable.

Je tiens de mes collègues MM. Puche (1) et Cullerier qu'ils ont également observé des faits analogues.

(1) J'ai pu consulter sur cette intéressante question de la survie de l'induration les précieuses statistiques de M. Puche.

Voici ce qui m'a paru ressortir de ces savants travaux :

Rien de plus commun que la persistance de l'induration du soixantième au quatre-vingtième et même au centième jour. — C'est *presque* la règle ; c'est tout au moins le fait le plus commun.

Du centième au cent cinquantième jour, le nombre des indurations persistantes diminue, et d'autant plus rapidement qu'on se rapproche davantage de ce dernier terme.

Au delà, le nombre décroît d'une façon très notable. Néanmoins, le

Mais, vous sentez bien, Messieurs, que plus elle vieillit, plus l'induration perd de ses caractères et devient difficile à reconnaître.

chiffre des indurations persistantes au deux centième jour est encore assez élevé.

Même décroissance, mais plus rapide encore, jusqu'au deux cent cinquantième jour.

Passé ce terme, la persistance de l'induration n'est plus qu'exceptionnelle.

Puis, çà et là, se montrent comme des curiosités pathologiques, quelques indurations encore persistantes après une durée considérable. Tels sont les exemples suivants :

	Induration persistante de la cicatrice au
Chancre de la rainure glando-préputiale. .	390e jour.
Chancre du frein.	452e
Chancre de la rainure	457e
Chancre de la rainure	540e
Chancre de la rainure	602e
Chancre du gland.	650e
Chancre de la rainure	690e
Chancre du prépuce	700e
Chancre du prépuce	755e
Chancre de la rainure	768e
Chancre de la rainure	997e
Chancre de la rainure	1507e
Chancre du prépuce (sans désignation plus précise)	2062e

Enfin, sur un malade qui entrait au Midi pour des accidents tertiaires (lésions osseuses, tubercules), M. Puche a pu retrouver le siége de l'accident primitif, qui remontait à NEUF ans, grâce à la persistance d'une « *induration* » encore facilement appréciable.

(Je dois faire remarquer que les documents que m'a communiqués M. Puche sont tous relatifs à des faits observés *sur l'homme*. — Il me faut ajouter encore que, dans cette statistique, l'*âge* du chanere a toujours été déterminé non pas par la date de l'apparition de l'ulcère, mais par celle du coït infectant : ce qui d'ailleurs, à part quelques cas exceptionnels, ne constitue pas dans les chiffres de différences bien notables.)

Il y a un fait bien propre à fixer l'attention dans l'examen des quel-

Aussi, à ces périodes reculées dont je viens de vous entretenir, serait-il fort embarrassant, pour ne pas dire impossible, de faire la part, dans l'état actuel de la cicatrice, soit de l'*induration spécifique*, soit de la rénitence propre au tissu organisé qui lui succède, c'est-à-dire de la *dureté inodulaire*.

Quelquefois, après avoir diminué ou même disparu, l'induration augmente ou reparaît tout à coup. Ces recrudescences sont assez rares; ces récidives sont tout à fait exceptionnelles.

C'est, en général, une influence de siége qui prolonge plus ou moins la *survie* de l'induration. Vous la verrez, en général, persister le plus longtemps sur les points où elle s'est le mieux formulée tout d'abord, où elle s'est produite dès le principe avec le plus d'exubérance.

Ne croyez pas néanmoins que, pour survivre au chancre, elle ait besoin de cette exagération de caractère. Ce n'est pas seulement l'induration profonde, hémisphérique, qui subsiste des semaines et des mois entiers après le complet achèvement du travail de cicatrisation : c'est aussi la variété superficielle, celle qui ne fait que doubler l'ulcération d'une mince lamelle élastique, celle, en un mot, à laquelle j'ai donné le nom de *parcheminée*.

La *survie* de l'induration, loin d'être rare dans les chancres dits parcheminés, est un fait des plus fréquents, des plus vulgaires, et

ques indurations à longue survie que j'ai citées plus haut. C'est que sur les *treize* cas où l'induration s'est conservée si longtemps, *huit fois au moins*, le chancre occupait un même siége, la *rainure glando-préputiale*. — C'est là, comme l'a dit M. Ricord, que l'induration se formule et s'étale avec le plus d'exubérance ; c'est là de même qu'elle se conserve le plus longtemps.

A. FOURNIER.

vous pourrez en trouver de nombreux exemples sur les malades de mon service.

Seulement, avec cette variété du chancre, la survie de l'induration est toujours moindre que dans les cas où la suffusion plastique s'est produite avec assez d'exubérance pour former ce gros noyau hémi-sphérique dont je vous ai parlé précédemment (1).

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer quel profit vous pourrez tirer pour le diagnostic de cette persistance de l'induration à une époque où tout autre indice du chancre a déjà disparu. — Du reste, nous reviendrons sur ce sujet.

Il ne me reste plus, en finissant, qu'à vous signaler une particularité curieuse, relativement à la cicatrice du chancre infectant.

En quelques circonstances, le chancre infectant laisse après lui un stigmate tout spécial : c'est lorsqu'il occupe une surface *cutanée*, comme le fourreau de la verge. Dans ce cas, la cicatrice qui succède à l'ulcération se présente sous l'aspect d'une macule arrondie, brunâtre, sombre, d'une *teinte bronzée très caractéristique* et que vous ne retrouvez pas à la suite du chancre simple. Cette macule

(1) Telle est, en certains cas, la richesse, l'exubérance de cette suffusion plastique, que les tissus où se fait ce dépôt peuvent s'indurer dans une étendue considérable. J'ai vu la *totalité de la base du gland* qui semblait avoir subi une transformation cartilagineuse, ce qui avait pu faire croire à l'existence d'un *cancer*. — Une des observations les plus curieuses dans ce sens m'a été offerte par un malade qui m'était adressé par M. le professeur Andral.

Mon confrère et ami, M. le docteur Vitry de Versailles, doit se rappeler un malade chez lequel j'avais été mandé, non pas pour juger la nature de la maladie, mais pour faire l'amputation de la verge. Je reconnus l'existence d'un chancre induré, avec exagération considérable de l'exsudation plastique, et des pilules de proto-iodure remplacèrent le couteau.

RICORD.

est très persistante. Avec le temps, sa coloration foncée, due probablement à une altération *particulière* du pigment, s'éclaircit et fait place à une teinte blanchâtre qui n'a plus de signification séméiologique. Mais cette modification est fort lente, et la cicatrice conserve ainsi pour longtemps le *cachet* de la syphilis (1).

Je borne ici, Messieurs, les considérations que je voulais vous présenter sur la pathogénie du chancre infectant, et j'aborde la question du *diagnostic*, où vous allez trouver, je l'espère, plus d'une particularité digne de votre intérêt.

V.

DIAGNOSTIC.

Bien formulée, l'induration peut être élevée au rang d'un signe *pathognomonique*. — De quelques indurations dites tardives. — Indurations artificielles.

Ce qui facilite singulièrement le diagnostic du chancre infectant, c'est la *spécificité* même de l'induration. Je n'ai pas besoin de vous rappeler ici tout ce que je vous ai dit de ce caractère si précieux. Vous savez que l'induration, telle que je vous l'ai décrite, appartient *en propre* au chancre infectant : c'est un signe pathognomonique par excellence. N'hésitez donc pas à prononcer le diagnostic de *chancre infectant*, toutes les fois qu'elle se présentera à vous bien formulée, bien établie.

Mais, à part les circonstances que je vous indiquais plus haut, dans lesquelles les caractères mal accusés de l'induration devront

(1) L'on trouve une de ces cicatrices fort bien figurée dans la *Clinique iconographique*, planche 18, figure 2.

retenir votre jugement, il en est d'autres qui pourraient égarer votre diagnostic et que je veux vous signaler dès ce moment.

Quoique le chancre infectant se produise le plus souvent *à froid,* pour ainsi dire, et sans rayonnement inflammatoire, il est certains cas néanmoins dans lesquels vous le verrez exciter autour de lui une réaction plus ou moins vive, réaction qui se manifeste avec les caractères propres aux phlegmasies. C'est là ce que Hunter appelait l'*inflammation commune* (1). Les tissus périphériques se tuméfient, s'engorgent, s'œdématient, *se durcissent;* la base indurée de l'ulcération se confond avec eux, et dès lors, l'induration spécifique se trouve comme enchâssée dans l'engorgement inflammatoire.

Le diagnostic devient à cette époque, sinon impossible, au moins très délicat et très difficile. Mais sachez attendre, sachez retarder votre jugement, et voici ce qui se produira. En quelques jours, ce sera fait de l'inflammation vulgaire; l'engorgement des tissus, l'œdème se dissipera, et les parties reprendront, avec leur volume normal, leur souplesse habituelle. L'induration mise à nu, pour ainsi dire, et comme exhumée de l'atmosphère phlegmoneuse qui l'entourait, ne tardera pas à reparaître avec tous ses caractères, pour devenir de mieux en mieux appréciable, à mesure que la fluxion réactionnelle diminuera.

Pour le dire en passant, cette particularité remarquable d'une induration masquée pendant un certain temps, et ne devenant manifeste qu'à une période plus ou moins avancée, a reçu trop souvent une interprétation vicieuse. D'un phénomène *tardivement*

(1) Hunter distingue avec soin cette *inflammation commune* et la dureté qu'elle produit de l'INDURATION PROPRE AU POISON. « Il y a toujours, dit-il, une induration propre au poison, qui entoure les ulcères, surtout ceux qui sont formés sur le prépuce. » — (*Du chancre,* chap. I.) A. F.

observé, l'on a fait un phénomène *tardivement produit ;* de ce que l'induration, perdue qu'elle était dans l'atmosphère œdémateuse de l'inflammation vulgaire, avait d'abord échappé à l'examen, on a conclu qu'elle n'existait pas à la première période du chancre, et qu'elle s'était seulement produite à l'époque où l'on avait pu sûrement l'apprécier. — Vous savez déjà, Messieurs, ce qu'il faut penser de ces prétendues indurations tardives.

Une autre cause d'erreur, contre laquelle je dois vous prémunir, est la suivante :

La cautérisation du chancre, comme méthode abortive ou modificatrice, est tellement passée dans la pratique vulgaire, qu'il nous arrive rarement à la consultation de cet hôpital des chancres absolument *vierges*, c'est-à-dire qui n'aient point subi le contact d'un caustique. Or, il faut savoir que la plupart des substances à l'aide desquelles s'exerce cette cautérisation, et d'autres encore qui servent au pansement journalier des plaies, possèdent une merveilleuse aptitude à *durcir* les tissus, et qu'en vertu de cette influence, elles créent de toutes pièces une base d'*induration artificielle* aux chancres soumis à leur action. Tel est, par exemple, l'effet du caustique le plus vulgaire, le nitrate d'argent, des acides nitrique et sulfurique, et généralement de la plupart des escarrotiques usuels.

Le sublimé corrosif, et mieux encore le chromate de potasse, *indure* les chancres de la façon la plus remarquable, au point de tromper les praticiens les plus défiants et les plus exercés. Il en serait de même de l'acétate de plomb, s'il ne laissait sur l'ulcération une sorte de tatouage tout spécial : particularité qui ne manque pas d'éveiller l'attention et tient ainsi en garde contre l'erreur. Enfin, je vous signale encore, comme pouvant produire ces indurations factices, à des degrés différents, le tannin, l'alun, le vin

aromatique, l'alcool, la *cendre de pipe*, qui jouit d'un singulier crédit dans le peuple, et tant d'autres drogues dont l'empirisme vulgaire surcharge les chancres.

S'il est difficile, et souvent impossible, de bien apprécier et de distinguer isolément chacune de ces indurations, jugez quelle sera la difficulté de les reconnaître, lorsqu'elles se présenteront à vous *associées et combinées*. Supposez un chancre *spontanément induré* qui subit une cautérisation ; comment distinguer ce qui est le résultat immédiat de la maladie, de ce qu'a pu produire l'intervention malencontreuse des caustiques? — C'est ici que le diagnostic doit être réservé et qu'il faut encore savoir attendre.

Vous voyez que je n'épargne pas l'induration et que je lui fais une assez rude guerre. Mais en vous signalant toutes les circonstances dans lesquelles ce signe précieux peut être altéré ou modifié dans ses caractères, j'espère vous en faire mieux apprécier l'inestimable valeur, dans les cas où il se présente avec des allures bien franches et un cachet bien net.

Gardez-vous de croire cependant que notre science se borne à ce seul signe, l'induration. Il est d'autres éléments de diagnostic que vous pourrez consulter pour arrêter votre jugement.

Je veux vous parler en première ligne du BUBON.

V

(suite).

Du bubon symptomatique du chancre infectant. — Époque d'apparition. — Triple caractère : multiplicité, dureté et indolence des glandes affectées. — Les *pléiades* spécifiques — Le chancre infectant ne produit pas de bubon suppuré, mais il peut être compliqué de suppurations ganglionnaires reconnaissant pour origine une cause étrangère à la syphilis. — Causes d'erreur. — Des doubles contagions, etc. — Le bubon est le compagnon *obligé* du chancre infectant. — Des lymphangites spécifiques. — Retour sur les caractères extérieurs du chancre en général : l'accident primitif est-il immuable dans sa forme ? — Caractères positifs du chancre infectant.

A l'exemple du chancre simple, le chancre infectant exerce sur les ganglions, où aboutissent les lymphatiques de la partie affectée, un *rayonnement d'influence*, et produit un bubon tout spécial, très important à bien connaître. Ce bubon est aussi distinct de l'adénite symptomatique du chancre simple, que cette dernière variété d'ulcération diffère du chancre induré.

Et d'abord, le bubon symptomatique de l'ulcère infectant a une *époque d'apparition* fixe et presque obligée. Le plus souvent, il coïncide avec l'induration chancreuse ou l'accompagne de très près. C'est dans le courant du *premier* ou du *second septénaire*, que vous le verrez se produire, et il est très rare qu'il tarde davantage à se manifester.

Vous savez qu'au contraire, l'adénite propre au chancre simple n'a pas de période fixe pour son développement. Elle peut apparaître d'une façon précoce, comme elle peut aussi être fort tardive. Je vous rappelle qu'on l'a vue ne se développer qu'à la *troisième année* de l'existence d'un chancre (1).

L'adénopathie propre au chancre infectant ne consiste d'abord

(1) V. page 40. — Consulter également la note VII (Pièces justificatives).

qu'en une simple tension ganglionnaire, *indolente,* et le plus souvent *ignorée du malade*. Quelques jours lui suffisent pour s'accroître et acquérir les caractères suivants, qui appartiennent au bubon bien confirmé.

Ce bubon consiste en une *tuméfaction remarquablement dure et indolente* de la *pléiade* ganglionnaire correspondant au siége du chancre.

Les ganglions, augmentés de volume, se présentent le plus souvent sous la forme d'une *série* de petites tumeurs de forme ovalaire, très dures, indépendantes les unes des autres et mobiles sur les parties qui les entourent.

Ces petites tumeurs sont complétement *indolentes,* soit spontanément, soit à la pression. Elles n'exercent au plus d'autre réaction douloureuse que celle qui pourrait résulter de la gêne produite par leur augmentation de volume sur les parties environnantes.

Elles sont *très dures,* et leur dureté présente un cachet tout spécial. Elles donnent au doigt exactement la même sensation que la base indurée du chancre infectant. C'est une dureté chondroïde, élastique, rénitente; c'est (permettez-moi cette forme de langage) la base du chancre transportée dans les ganglions.

Ces petites tumeurs sont complétement *indépendantes* les unes des autres. Elles ne se soudent pas entre elles, pas plus qu'au tissu cellulaire qui les entoure, en sorte qu'elles roulent librement sous le doigt.

Elles sont très généralement *multiples,* comme je vous l'ai dit. Ce n'est pas, comme dans le chancre simple, un seul ganglion qui se prend et concentre sur lui toute l'influence rayonnante de l'ulcération primitive; c'est l'ensemble des ganglions correspon-

dant à la région affectée, sur lesquels s'exerce le retentissement spécifique; de là le nom de *pléiade,* donné à cet engorgement multiple.

Mais, dans cette pléiade, vous trouverez toujours, chose remarquable, un *ganglion* plus développé que les autres. C'est celui auquel viennent aboutir directement les lymphatiques de la partie ulcérée; c'est celui qui deviendrait, dans le cas d'un chancre simple, le siége d'une suppuration spécifique. Je l'appelle le *ganglion anatomique* de la pléiade, supposant qu'il subit *directement* l'influence du chancre par voie de continuité, tandis que les glandes environnantes ne seraient affectées que *par sympathie diathésique.*

Un fait non moins curieux, c'est de voir le retentissement du chancre s'étendre souvent d'une façon à peu près symétrique d'un côté à l'autre du corps sur les deux pléiades congénères. Soit un chancre induré de la verge siégeant, je suppose, sur la moitié gauche de la rainure glando-préputiale ou sur le fourreau du même côté. Vous trouverez, à coup sûr, dans l'aine gauche l'adénopathie spécifique bien formulée, avec son triple caractère de dureté, d'indolence et de multiplicité. Mais il se peut aussi (et c'est le fait le plus général) que vous rencontriez également dans l'aine droite un bubon analogue, très bien accusé, et, malgré son développement moindre, *presque* également caractéristique.

Il est rare que le bubon symptomatique du chancre infectant prenne des proportions un peu considérables. A moins de complication, les ganglions affectés ne dépassent guère le volume d'une noisette ou tout au plus d'une petite noix.

Ce bubon ne présente *aucune tendance à s'enflammer,* non plus

qu'à se laisser envahir par une suppuration spécifique. Il se produit et se termine *à froid*, en conservant, pendant toute sa durée, une complète indolence.

Est-ce à dire qu'il soit complétement à l'abri d'une réaction inflammatoire? Nullement. L'existence d'un bubon induré ne constitue pas pour les ganglions une immunité contre les différentes causes d'inflammation vulgaire. Loin de là, c'est plutôt une prédisposition. L'état morbide des glandes est très certainement une cause d'appel pour les diverses diathèses qui peuvent y trouver le prétexte d'une manifestation dans la spécificité de leur influence. Aussi, est-il fréquent de voir le bubon induré, symptomatique d'un chancre infectant, devenir l'origine d'un engorgement strumeux ganglionnaire, chez les sujets prédisposés à la diathèse scrofuleuse. De même, les autres causes d'inflammation peuvent traduire à leur façon leur influence spéciale sur les ganglions indurés par la vérole, et y provoquer, en dehors de toute action virulente, un travail phlegmasique, susceptible d'aboutir à suppuration (1).

Mais ce qu'il est important de reconnaître, c'est que, *par lui-même*, et en dehors de toute excitation étrangère, *le bubon symptomatique du chancre infectant ne suppure jamais* (2). En voulez-

(1) Sur le nombre considérable de chancres indurés traités dans le cours de l'année 1856 au service de M. Ricord, il n'en est que *trois* qui se soient accompagnés de bubons suppurés. — Dans ces trois cas, la suppuration ne s'est produite qu'à la suite d'une dégénérescence *strumeuse* des ganglions. — Deux fois le pus ganglionnaire a été interrogé à la lancette et deux fois l'inoculation est restée *négative*. A. F.

(2) Il paraîtrait que ce point de doctrine, qui soulève encore bien des oppositions en France, est presque généralement accepté chez nos voisins d'outre-Manche. J'extrais le passage suivant d'une très remarquable leçon de M. Henri Lee sur les deux variétés du chancre *(Infecting and non-infecting sores)*.

« L'observation d'un nombre considérable de malades me permet de

vous une preuve bien convaincante : interrogez le pus qu'il fournit dans les très rares circonstances où vous le verrez arriver à suppuration, et jamais vous n'obtiendrez, par l'inoculation artificielle, la pustule caractéristique du chancre. C'est vous dire assez que ce bubon ne suppure jamais *spécifiquement*. Le pus qu'il produit n'est qu'un pus simple, phlegmoneux, *vulgaire* et sans mélange de virus (1).

dire que la suppuration ne trouve pas place dans l'adénopathie symptomatique du chancre induré... L'ACTION SPÉCIFIQUE DU CHANCRE INDURÉ SUR LES GANGLIONS NE PRODUIT PAS DE BUBON SUPPURÉ. Je crois cette proposition vraie *dans son plus large sens :* mais il ne résulte pas de là d'une façon nécessaire que des causes étrangères ne puissent produire un bubon suppuré sur des malades porteurs d'un chancre infectant. Si les parties sont irritées par une application répétée de caustiques, ou si le malade présente la constitution scrofuleuse, il se peut qu'une ou plusieurs des glandes inguinales entrent en suppuration : mais, dans ces mêmes conditions, la suppuration se produirait également, en l'absence de toute influence spécifique. . . . . . . Lorsqu'une *suppuration* se produit dans un ganglion de l'aine coïncidemment avec un chancre *induré* de la verge, je crois qu'on doit en trouver l'origine dans quelque cause accidentelle, analogue à celle que je viens de mentionner, etc..... »

A. F.

(1) « Il est bien important ici de ne pas se laisser tromper par de *nouveaux* chancres que le malade pourrait contracter sur d'anciennes indurations, et qui, suivant alors la loi des chancres non indurés, pourraient donner lieu à des adénites virulentes à pus inoculable. Ces chancres nouveaux, à base indurée d'emprunt, sont assez fréquents, etc. » — (Ricord, *Lettres.*)

Voici encore une autre cause d'erreur. — Il se peut qu'un chancre infectant soit *souillé*, à une époque variable de son existence, *par du pus de chancre simple,* et que l'ulcération, prenant alors les caractères du chancre simple, exerce sur les ganglions l'influence propre à cette variété. Si l'on ne tient pas compte de cette DOUBLE CONTAGION, l'on tombe dans une confusion inévitable, attribuant au chancre induré ce qui est produit par le chancre simple, ou réciproquement.

Ces faits de double contagion sont encore *assez fréquents.* Ils exposent d'autant plus à l'erreur, que les malades, honteux en général de

Tel est, Messieurs, le bubon symptomatique du chancre induré. Vous comprenez qu'avec des caractères aussi tranchés que ceux

ne s'être pas abstenus de rapports sexuels à une époque où ils portaient déjà des chancres, n'accusent pas ou même *dissimulent* les conditions d'une contagion consécutive.

Tel est le fait suivant quej'ai eu l'occasion de recueillir cette année au Midi, et que M. Ricord, avec sa bienveillance habituelle, m'a fait l'honneur de citer à sa Clinique. — L'on y remarquera que l'origine de la seconde contagion y est déterminée d'une façon *doublement* significative.

N... Alphonse (17 ans), contracte un chancre vers la fin de septembre. Il se présente à la consultation du Midi, où nous constatons l'état suivant, le 3 octobre : CHANCRE INDURÉ de la rainure glando-préputiale; induration cartilagineuse. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et *indolente*. — Pansement au vin aromatique. Traitement mercuriel.

Le 7, même état. — Le 14, meilleur état du chancre, dont le fond s'élève et les bords se dépriment (*période de réparation commençante*).

Le 24, l'état du malade est bien changé : le chancre de la rainure s'est élargi et creusé; sa base est toujours très fortement indurée. — De plus, il existe sur le fourreau de la verge un large chancre à base œdémateuse, mais sans induration véritable ; — plusieurs petits chancres à base molle sur la face cutanée du prépuce.

Le malade affirme de la façon la plus formelle n'avoir eu de rapports avec aucune femme depuis l'époque où il a contracté son premier chancre. — Faut-il donc attribuer les nouveaux chancres à une inoculation accidentelle, à une contagion de voisinage ?

N... entre le 24 à l'hôpital.

Dans les premiers jours de novembre, production d'une *adénite aiguë* de l'aine gauche, présentant tous les caractères du bubon propre au chancre simple. — Suppuration. — *Inoculation positive* du pus ganglionnaire. — Dans l'aine droite, persistance de l'adénopathie propre au chancre infectant : ganglions multiples et *indolents*.

En décembre, accidents secondaires : *roséole* et *plaques muqueuses multiples*.

Malgré les dénégations du malade, M. Ricord n'avait pas hésité à placer l'origine des seconds chancres dans une seconde contagion, résultat d'un nouveau coït. — Effectivement, quelques jours après son entrée à l'hôpital, N... vint m'avouer *très confidentiellement* que le 15 octobre, à la suite d'une nuit de débauche, il avait eu des rapports avec une femme

dont je viens de vous entretenir, il doit constituer véritablement une *individualité pathologique,* et prendre une large place dans le diagnostic du chancre infectant.

Une autre circonstance des plus heureuses pour le diagnostic, c'est la *persistance* du bubon longtemps après la cicatrisation de l'accident qui lui a donné naissance.

Si vous voyez en quelques circonstances l'induration propre au chancre s'évanouir rapidement, en revanche, l'adénopathie spécifique conserve fort longtemps ses caractères. Il est de règle de la

P..., dont il me donna l'adresse. — Dès le lendemain, ajoutait le malade, le chancre de la rainure avait commencé à s'élargir, et, deux jours après, parurent les autres chancres.

Je me rendis aussitôt chez la femme P..., et je constatai sur elle l'existence de *trois larges chancres à base complètement molle,* siégeant sur la face interne de la grande lèvre gauche, sur la fourchette et sur les replis de l'entrée du vagin. — Ces chancres, au dire de la malade, dataient de trois semaines environ. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Cette femme m'avoua, à son tour, qu'elle avait infecté son amant, le nommé V... (Charles), qui, par une singulière coïncidence, se trouvait précisément dans nos salles du Midi. Or, ce dernier présentait également plusieurs *chancres simples à base molle,* siégeant sur le prépuce, et compliqués d'une *adénite aiguë* de l'aine gauche.

En résumé : un individu porteur d'un *chancre infectant,* à la période de réparation, et d'un bubon spécifique *indolent,* a des rapports avec une femme affectée de *chancres simples.* Il prend de nouveaux chancres, *chancres simples,* dont l'un s'implante sur l'aire encore ulcérée du chancre infectant. Puis un *bubon aigu* se déclare, qui ne tarde pas à suppurer *spécifiquement* (bubon d'absorption, chancre ganglionnaire). — Enfin, des accidents de syphilis constitutionnelle se manifestent.

N'y avait-il pas là, pour tout observateur moins exercé que M. Ricord, danger d'attribuer à un *chancre infectant* ce *bubon spécifiquement suppuré et symptomatique d'un chancre simple ?*

A. FOURNIER.

rencontrer encore bien formulée à plusieurs mois de date de l'origine du chancre; et quelquefois, à plusieurs années d'intervalle, l'on en retrouve encore des vestiges non équivoques.

C'est donc un symptôme *persistant* par excellence, et, dans plus d'un cas, c'est le signe unique qui peut vous mettre sur la trace de l'origine inconnue ou cachée d'une syphilis constitutionnelle, alors que tout accident primitif aura disparu.

Ne négligez donc jamais, lorsqu'un malade affecté d'accidents constitutionnels se présente à vous, en niant toute espèce d'antécédent suspect, ne négligez pas, dis-je, d'INTERROGER LES GANGLIONS. L'adénopathie *spécifique* est, pour le chancre infectant, l'effet qui suit la cause. Eh bien, recherchez la cause par l'effet. Et, à cet égard, le bubon induré offre d'autant plus de prix, que ce n'est pas seulement le symptôme accusateur d'un accident spécial, c'est, de plus, le signe indicateur du siége occupé par cet *accident*.

De la sorte, vous serez mis sur la voie des chancres à siége insolite, de ceux dont le malade aura méconnu l'existence, comme de ceux qu'il voudrait vous cacher. C'est ainsi qu'une adénopathie épitrochléenne ou axillaire vous indiquera souvent un chancre siégeant sur le membre correspondant, et le plus généralement un chancre *digital;* que le bubon sous-maxillaire vous révélera un chancre des lèvres; qu'à l'engorgement des ganglions qui forment les limites extrêmes des pléiades inguinales, vous pourrez soupçonner un chancre de l'anus; et ainsi de tant d'autres accidents à siége plus ou moins insolite, dont les malades cherchent souvent à dissimuler l'existence.

Si ces différentes adénopathies fournissent une indication diagnostique d'une haute importance, alors que l'*accident initial* est

encore subsistant, jugez quelle en est la valeur lorsque cet accident a disparu.

C'est qu'en effet, Messieurs, la variété de bubon que je viens de vous décrire, est *essentiellement propre* au chancre infectant. Jamais vous ne rencontrerez ce bubon avec le chancre simple, non plus qu'avec la blennorrhagie, non plus qu'avec tout autre accident d'origine vénérienne ou vulgaire : *il appartient exclusivement à l'ulcère primitif de nature infectieuse* (1).

(1) Un fait bien remarquable, c'est que la distinction des deux variétés de bubon se retrouve, au moins *en germe*, à une époque fort reculée de nous.

Ainsi les observateurs qui furent témoins des premiers ravages de la syphilis en Europe, Marcellus Cumanus, Benedetti, Léonicène, Gaspard Torella ne décrivent pas le *bubon suppuré* au nombre des symptômes du *mal français*. — Il en est de même pour Fracastor et Sébastien Montius.

Nicolas Massa fut un de ceux qui commencèrent la confusion en décrivant, sans les séparer, les deux variétés de l'adénite ; cependant, comme l'a remarqué M. Bassereau, il ne put échapper à son esprit observateur que les chancres suivis de bubons suppurés ne sont pas ceux qui engendrent les éruptions cutanées et les douleurs du mal français. Il avança même cette proposition, que *les malades affectés de bubons suppurés sont en général exempts de manifestations ultérieures :* « .... Et sequuntur apostemata inguinum quæ, SI SUPPURANTUR, REMOVENT ÆGRITUDINEM.... maxime a principio, quoniam inguina sunt emunctoria hepatis per quæ expurgantur materiæ. »

J'ai retrouvé cette même pensée dans les écrits d'une foule d'auteurs, d'Ant. Gallus (*De ligno sancto*, ch. 1), de Thierri de Héry, d'A. Paré, de Rondelet, de Bourru (1770), etc., etc. Toutefois, il est important de faire remarquer qu'en signalant l'absence des accidents constitutionnels à la suite du bubon suppuré, les auteurs précédents n'en considéraient pas moins ce bubon comme un symptôme de la syphilis ; seulement *ils le regardaient comme une sorte d'émonctoire pour l'organisme qui se débarrassait par la suppuration du principe virulent.* C'est ce que croyait N. Massa, comme je l'ai montré par la citation précédente. Voyez encore ce que dit Ant. Gallus :

« Hœc si suppurat, frequenter bono est *tota foras eliciatur illuvies;* quod si vis pestifera in jecur regeratur, certum est luem non evitari. »

De plus, c'est un symptôme *qui ne fait jamais défaut* et que vous pourrez invoquer à coup sûr : le bubon induré est le compagnon fidèle, je pourrais dire *obligé,* du chancre infectant; il se produit fatalement à sa suite. Sans doute, il peut être plus ou moins formulé, plus ou moins manifeste aux différentes époques de son existence. Mais le rayonnement du chancre infectant sur les ganglions est toujours appréciable à des degrés divers, et c'est toujours en conservant les caractères sur lesquels je viens d'insister que s'exerce et se traduit cette influence (1).

En résumé, *pas de chancre infectant sans bubon symptomatique induré*. Voilà, Messieurs, ce qu'on peut appeler sans crainte une

Et de même A. Paré :

« Puiz le virus pullulera et cheminera par les veines,.... et le foye se ressentant de tel vice, souvent *par sa faculté expultrice* chasse ledict virus aux aynes et faict apostèmes appelés bubons (vulgairement poulains), lesquels s'ils *ne jettent leur gourme et retournent au dedans par délitescence, ce venin infecte la masse du sang, dont s'en suit la vairole.....* »

Si donc il est constant, d'après les citations précédentes, que l'immunité consécutive au bubon suppuré n'avait point échappé aux anciens auteurs, il n'est pas moins certain que l'explication du fait leur manquait absolument. C'est à notre siècle, c'est à notre maître que revient l'honneur d'avoir établi la distinction nosologique des deux variétés du bubon, en rattachant chacune d'elles à l'espèce du chancre qui la produit.

A. FOURNIER.

(1) Telle est la valeur diagnostique du bubon ainsi formulé, qu'on peut en faire un caractère en quelque sorte supérieur à l'induration chancreuse. — Écoutez M. Cullerier : « Tout le diagnostic des chancres n'est pas dans l'état local, et *quand l'induration y manque,* c'est *ailleurs* qu'il faut la chercher... Pour moi, lorsque l'induration manque dans un chancre douteux, c'est dans les ganglions correspondants que je vais trouver l'élément diagnostique, je ne dirai pas *complémentaire,* mais INDISPENSABLE, et je ne vois pas pourquoi la réaction infectante, ne se faisant pas sentir dans l'ulcération même, ne porterait pas son action sur les ganglions qui, dans ce cas, se substituent au chancre... » A. F.

LOI pathologique. — Et je n'ai pas besoin de vous en faire remarquer toute l'importance, de vous en signaler l'inestimable prix, au double point de vue du diagnostic pratique et des questions doctrinales.

Un dernier mot sur le retentissement lymphatique du chancre induré.

Entre le chancre et les ganglions, il est un intermédiaire qui peut être affecté et traduire à sa façon l'influence du virus : cet intermédiaire, c'est le cordon lymphatique étendu de la base de l'ulcère au ganglion correspondant.

Dans la première variété du chancre que nous avons étudiée, il est rare que le virus s'arrête sur les cordons lymphatiques en les traversant. Le transport du pus aux aboutissants ganglionnaires paraît se faire avec une rapidité qui n'est pas suffisante à la contagion. En sorte que les *lymphangites* symptomatiques du chancre simple sont fort rares comparativement aux bubons. Lorsqu'elles se produisent, elles prennent le caractère d'une inflammation aiguë, simple quelquefois, mais le plus souvent virulente. Le pus arrêté dans les cordons lymphatiques y produit une inoculation directe : un chancre se forme; succède un abcès qui suit la marche ordinaire des abcès angéioleucitiques, avec cette seule particularité, que la sécrétion purulente tient en suspension le virus chancreux, et que la plaie consécutive peut présenter les caractères d'une *ulcération spécifique* (1).

De même, le chancre induré, lorsqu'il affecte les lymphatiques,

(1) Voir la *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens*, planche 9, fig. 1 et 2.

Consulter également l'observation Ire des *Recherches cliniques et expérimentales sur l'inoculation.* (Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2e partie, p. 199.)

conserve en les atteignant, son mode d'influence ordinaire et son allure spéciale. Ici, pas d'inoculation intra-vasculaire, pas de phénomène d'acuité, pas de suppuration. Rien autre qu'une suffusion plastique. Le vaisseau lymphatique *se tuméfie en s'indurant* à l'exemple du ganglion, et comme lui s'indure en restant *froid et indolent*. Au toucher, vous le reconnaîtrez facilement, sous la forme d'un long cordon présentant quelquefois de loin en loin des nœuds ou renflements qui lui donnent un aspect moniliforme ; cordon dur et mobile sur les parties environnantes, indépendant, facilement isolable et donnant au doigt à peu près la même sensation que le canal déférent.

Induration et indolence, voilà les seuls caractères de la lymphite symptomatique du chancre infectant.

Cette sorte d'angéioleucite plastique est loin d'accompagner dans tous les cas le bubon induré. Ce n'est donc pas comme cette adénopathie un accident *obligé* de l'ulcère infectant.

Induration de la base du chancre, bubon indolent et dur, voilà, Messieurs, les deux grands caractères auxquels vous reconnaîtrez un ulcère de nature infectieuse.

Sans doute, les autres indications que je vous ai développées en vous traçant l'histoire descriptive du chancre infectant, pourront vous aider encore à établir votre diagnostic. Mais ces différents signes, sachez-le bien, sont loin de présenter la même valeur que ces deux derniers. Si vous vous attendiez à les retrouver partout et dans tous les cas, si vous ne consentiez à placer une étiquette sur une ulcération donnée qu'après lui avoir reconnu les caractères *classiques* du chancre, vous risqueriez trop souvent de suspendre votre diagnostic au détriment de vos malades et de votre considération personnelle. Je l'ai dit et écrit déjà bien des fois : l'*acci-*

dent primitif, à quelque variété qu'il appartienne, *est loin d'être immuable et éternel dans sa forme extérieure*. Ici, c'est le chancre-type, avec ses bords taillés à pic, son fond grisâtre, etc.; là ce n'est plus qu'une ulcération superficielle, à fond rosé; ailleurs, ce sera une véritable croûte ecthymateuse; ailleurs encore une simple fissure; plus loin, une érosion simulant l'écorchure la plus bénigne et la plus *honnête*, etc... Et ainsi de tant d'autres formes imprévues, presque variées à l'infini (1)!

Mais s'il est des différences nombreuses dans les signes extérieurs du *chancre en général*, il est des caractères *constants* et *immuables* qui appartiennent en propre à l'*ulcère infectant* et qui doivent servir à le faire distinguer avec certitude de toutes les autres ulcérations étrangères ou non à la syphilis. Ces caractères, je vous le répète, c'est l'induration pathognomonique de la base du chancre; c'est le bubon spécifique que vous connaissez.

Là s'arrêtent, Messieurs, les considérations que j'avais à vous présenter sur le diagnostic du chancre induré. J'aborde maintenant la question capitale de son histoire; je veux parler du *pronostic*.

VI.

PRONOSTIC.

Pronostic local. — Pronostic général. — L'induration est l'expression initiale d'une DIATHÈSE, la syphilis, dont les premières manifestations doivent apparaître dans un délai précis. — Evolution naturelle de la diathèse : accidents PRIMITIFS; — accidents SECONDAIRES; — accidents TERTIAIRES. — Véroles *galopantes*. — Caractères de chacune des trois périodes de la syphilis. — L'infection est-elle en rapport du nombre et de l'étendue des ulcérations primitives?

Si l'on ne considère que les conséquences locales, le chancre

(1) V. *Lettre sur la syphilis*, p. 214.

induré est sans contredit la variété la plus bénigne. Vous savez, en effet, qu'il est généralement solitaire, qu'il ne tend pas à se multiplier, non plus qu'à s'étendre; qu'il se limite en quelques jours, qu'il parcourt rapidement ses différentes périodes pour arriver à la cicatrisation. Voilà, sans doute, autant de conditions favorables au pronostic local. Mais bien différentes sont les conséquences *générales*, dont j'ai maintenant à vous entretenir.

Le chancre qui s'est *induré* est un chancre *infectant*. Ce n'est plus un accident local; c'est l'*expression initiale d'une diathèse ;* c'est l'exorde d'une affection constitutionnelle, le préambule de la vérole !

Pour le chancre simple, l'ulcération constitue toute la maladie; pour le chancre induré, l'ulcération n'est rien. Le mal véritable, c'est l'infection de l'organisme.

Car l'induration, Messieurs, c'est déjà le commencement de l'infection; c'est le premier effet de l'intoxication générale. Dès qu'elle est produite, la vérole est acquise (1).

Aussi convient-il moins de considérer l'induration comme l'origine de la vérole, que d'en faire une *conséquence* même de l'infection constitutionnelle. C'est moins une *cause* qu'un *effet*. L'induration, qui vient sous-tendre la base du chancre, n'est qu'une sorte de réaction sur place de l'intoxication générale; c'est, permettez-le moi, le *premier des accidents secondaires*.

(1) Ambroise Paré avait-il déjà compris la signification pathologique de l'induration lorsqu'il écrivait ce remarquable passage:

« S'il y a ulcère à la verge et *s'il demeure* DURETÉ au lieu, TELLE CHOSE INFAILLIBLEMENT MONTRE LE MALADE AVOIR LA VAIROLE. »

Qu'a dit de plus l'école du Midi, à laquelle on a tant reproché l'absolutisme de ses doctrines sur l'induration? A. F.

Le chancre induré, Messieurs, est donc le prélude d'une diathèse, et cette diathèse, grosse de malheurs et d'orages, c'est la *vérole*, la syphilis, *lues venerea*.

Eh bien, j'ai dit depuis longemps, et je soutiens encore que l'*induration* est un prodrome qui annonce une explosion infaillible des accidents constitutionnels. Lorsqu'elle s'est produite, elle est *nécessairement* et *fatalement* suivie de symptômes propres à la syphilis, et cela dans un délai qu'une patiente et longue observation m'a permis de préciser avec rigueur.

Soit un chancre bien et nettement induré; le malade — et je parle d'un malade de Paris, soumis aux conditions climatériques que nous connaissons (1), — le malade, dis-je, est laissé sans traitement. J'affirme, avec toute certitude, que *six mois ne se passeront pas sans qu'il survienne des manifestations de l'intoxication syphilitique*. Avant le délai prescrit, ce regrettable pronostic se trouvera vérifié.

L'apparition d'accidents constitutionnels à la suite de l'indura-

(1) « Je dis à Paris, et à dessein, car lorsqu'il s'agit de préciser les phénomènes de l'évolution syphilitique, il ne faut pas tenir seulement compte de l'infection, de l'empoisonnement, mais encore des causes adjuvantes qui peuvent en modifier les allures. Ainsi, *dans le climat de Paris,* il n'y a pas un accident infectant qui passe la période de six mois sans manifestation constitutionnelle.,..

» Quand j'ai établi cette règle générale, dans un accès de générosité, j'ai agrandi cette espèce de cercle de Popilius dans lequel j'avais enfermé l'accident primitif infectant, et j'ai reculé à *un an* cette limite de six mois. J'ai encouru, par là, le blâme de mon savant confrère et ami, M. Puche, qui m'en a voulu de cette générosité, suivant lui, mal fondée. Aussi, à quiconque voudra se donner la peine de suivre l'évolution syphilitique, de faire de la science par soi-même, il est facile d'acquérir en peu de temps, sur ce point, une conviction entière, Je convie les incrédules et les appelle sur le champ de bataille, à la clinique de l'hôpital du Midi; qu'ils viennent, et ils verront que pour tout accident primitif bien déterminé, bien diagnostiqué, et, de plus, vierge de tout traitement, six mois *ne se passent pás sans manifestation constitutionnelle.* » —(Ricord, *Discours* à l'Académie de médecine, séance du 11 octobre 1853.)

tion, dans une période fixe, dans un terme infranchissable, constitue donc, Messieurs, une véritable *loi*, une loi que les errements de l'école physiologique nous ont donné l'occasion de vérifier mille fois, et que l'incurie des malades vient chaque jour confirmer!

Ainsi, la syphilis est contenue tout entière dans la gouttelette de pus virulent qui produit par inoculation le chancre *induré;* et ce chancre n'est qu'une manifestation diathésique initiale, à laquelle succède *fatalement*, dans la libre évolution de la maladie, cette série d'accidents qui constitue la *vérole confirmée* des anciens auteurs, la syphilis constitutionnelle de notre époque.

Ces accidents peuvent même être déterminés par avance. La syphilis, en effet, que l'on accuse bien à tort d'être vagabonde, est au contraire de toutes les affections du cadre nosologique la plus régulière et la plus *méthodique* dans son développement. Rien dans son empire n'est livré au hasard : elle ne connaît pas l'anarchie.

Elle a ses formes de début, comme elle a ses symptômes éloignés. Elle prend pour chacun de ses *âges* une *physionomie* particulière.

La syphilis (pardonnez-moi cette comparaison qui vous fera, je pense, bien saisir ma pensée), la syphilis est un ruban qui se déroule et dont les couleurs varient après un certain nombre de tours, sans que jamais les teintes de l'un des bouts rappellent les nuances du bout opposé.

Eh bien, dans l'évolution de cette maladie, il est un groupe d'accidents qui caractérisent l'explosion première de la diathèse : lassitude générale ; douleurs névralgiformes ou rhumatoïdes ; adénopathie cervicale ; chute des cheveux ; éruptions cutanées et muqueuses de forme exanthématique, etc. Tels sont, Messieurs, les

accidents déjà bien connus de vous, qui constituent le *groupe initial* des symptômes dits SECONDAIRES : symptômes multiples, épars, *disséminés,* qui annoncent bien une infection *généralisée* et envahissant tout l'organisme; mais symptômes toujours *superficiels;* n'affectant que la *surface* des tissus sans en atteindre la profondeur; accidents à forme sèche pour la plupart; et en somme, accidents à pronostic *local* sans gravité.

Voilà, Messieurs, les symptômes que je vous annonce comme devant, en totalité ou en partie, constituer le cortége du chancre induré, *dans le délai fatal* des six premiers mois, à moins qu'un traitement spécifique ne vienne troubler l'ordre d'évolution naturelle de la diathèse.

Et je puis ajouter : ce sont là les seuls accidents que vous aurez à redouter dans cette période, car les autres manifestations de la syphilis appartiennent à un âge plus avancé de la maladie. En dépit de l'obscurantisme, les tubercules, les gommes, les exostoses, bref, tous les symptômes dits TERTIAIRES, qui envahissent l'épaisseur de la peau et des muqueuses, le tissu cellulaire, les viscères et les os, ne se produisent pas à quelques semaines du chancre : ce sont là des accidents de la vérole *vieillie.* Et je vous prédis à coup sûr que vous ne les verrez jamais prendre la place du groupe symptomatologique que je vous décrivais tout à l'heure comme ouvrant la scène de la syphilis.

C'est qu'en effet (et je reviens à dessein sur cet important sujet), la syphilis, dans le plus grand nombre des cas, parcourt son orbite, pour ainsi dire, avec la régularité que mettent les mondes célestes à fournir leur carrière. Chaque accident, chaque phase, chaque groupe, a son époque et son heure fixée d'avance, *presque* invariable. Telle manifestation paraît aujourd'hui, je suppose; mais il faut encore plusieurs mois, plusieurs années peut-être, pour que

telle autre se produise. — Et ainsi pour l'évolution de toute la syphilis !

Je ne connais, comme exception à cette règle, que quelques cas fort rares de ces véroles dites *galopantes*, où des accidents de toute nature et de toute forme, mais toujours des plus graves, éclatent peu de temps après le chancre, et se succèdent avec cette incroyable rapidité, cette formidable confluence qui rappelle les néfastes récits du XVe siècle (1).

Aussi, les divisions que j'ai depuis longtemps établies, les *stades* dans lesquels j'ai rangé les différents accidents de la diathèse, en un mot, les classifications que j'ai formulées, sont-elles adoptées aujourd'hui et presque *populaires*, pour cette seule raison qu'elles sont NATURELLES et conformes à la vérité clinique. Je ne les retrouve pas seulement dans le langage et les écrits de mes élèves ; je les surprends dans la bouche même de mes opposants. Que de fois ces mots, si simples et si terriblement attaqués, d'*accidents primitifs, secondaires et tertiaires*, n'ont point échappé à ceux de mes contradicteurs qui se montraient les plus ardents à repousser mes doctrines !

Cependant, comme je l'ai dit ailleurs, si j'ai su étudier la vérole,

(1) Il paraît du reste que cette gravité, avec laquelle se présenta tout d'abord la vérole, s'épuisa rapidement ; car, dès les premières années du XVIe siècle, les auteurs affirment que la maladie s'adoucit de jour en jour. D'une part les manifestations ne tardèrent pas à devenir plus discrètes et moins intenses ; d'autre part, les symptômes se succédèrent dans un ordre moins précipité. C'est au moins ce qui paraît résulter de plusieurs passages qu'il serait trop long de relater ici. Je dirai simplement que *dès les premières années du* XVIe *siècle*, Jean de Vigo, Jacques Catanée et d'autres encore, signalaient déjà la possibilité d'une période intermédiaire au symptôme primitif et aux manifestations consécutives, période exempte de tout accident. « Evenit in hoc morbo quod in morsu canis rabidi ; in aliquibus enim cito apparet quid noceat, in aliquibus vero *occultatur et menses et annos.* » — (J. Catanée, *De morbo gallico.*)

A. F.

je ne l'ai point, à coup sûr inventée. Je n'ai fait que suivre la nature dans ses manifestations et reproduire les divisions qu'elle y apporte. Aussi, n'est-il pas étonnant qu'avec Thierry de Hery (1), qu'avec Hunter (2), qu'avec mes deux collègues que je ne saurais

(1) L'on trouve, en effet, dans Thierry de Hery, le remarquable passage suivant :

« Les symptômes ou accidents communs de cette maladie sont plusieurs desquels les uns *précèdent*, les autres *suivent*, les autres *surviennent*.

» Ceux qui précèdent font *ulcère* de diverse nature....... — Les autres que nous appelons suivants ou consécutifs, font pustules et ulcères naissant par tout le corps, principalement aux parties honteuses, au siége, à la bouche, à la gorge, à la tête, au front. Pareillement cheute de poils, communément dite pelade, douleurs articulaires, souvent mobiles aussi, mais *peu souvent tophes ou nodositez.* — Les derniers, que nous appelons survenans ou extraordinaires, sont douleurs fixes de toute la teste ou d'une partie d'icelle, des bras, des jambes, principalement avec nodositez ou souvent sont les os cariez et corrompus, ulcères virulens et phagédéniques communément dits ambulatifs, scissures ou dartres aux mains, pieds et autres parties du corps, vice provenant de chacune des concoctions avec marasmation et amaigrissement d'iceluy. » — (*Méthode curative de la maladie vénérienne,* p. 133.)

Jean de Vigo, au commencement du XVIe siècle, divisait déjà les accidents du *mal français* en deux époques : *morbus non confirmatus,* c'est-à-dire le chancre, l'accident primitif ; *morbus confirmatus,* c'est-à-dire l'infection constitutionnelle, les accidents consécutifs. A. F.

(2) « ...... L'époque d'apparition des symptômes syphilitiques constitutionnels varie suivant les parties qui en sont le siége...... LES PARTIES PROFONDÉMENT SITUÉES MANIFESTENT L'ACTION SYPHILITIQUE PLUS TARD QUE LES PARTIES SUPERFICIELLES.......

» Les parties qui sont affectées par la syphilis constitutionnelle, quand elle est dans sa PREMIÈRE PÉRIODE, et que j'appelle *parties du premier ordre,* sont la peau, les amygdales, le nez, la gorge, la surface interne de la bouche, et quelquefois la langue. — Quand la maladie est dans sa SECONDE PÉRIODE, le périoste, les aponévroses et les os contractent l'action syphilitique : ce sont les *parties du second ordre.* »

Hunter était même tellement frappé de cette « susceptibilité des parties extérieures à contracter l'irritation syphilitique plus tôt que les par-

vous citer trop souvent, MM. Puche et Cullerier (1), qu'avec tous les syphiliographes en un mot qui ont étudié la question sans esprit de système ou d'opposition, je me sois rencontré pour admettre les mêmes *phases* dans la maladie et circonscrire les mêmes *groupes* d'accidents (2).

Permettez-moi donc de vous esquisser à grands traits le tableau de l'affection, tel que la clinique nous le présente.

Le *drame* de la syphilis se divise naturellement en trois *actes* ou périodes :

Première période : ACCIDENT PRIMITIF, LE CHANCRE, source obligée de la syphilis *acquise* ; — le chancre, avec son compagnon fidèle, LE BUBON, que vous connaissez.

ties profondes, » qu'il avait cherché à en donner une explication physiologique. « Le FROID, disait-il, paraît avoir une grande influence pour disposer le corps de l'homme à recevoir l'irritation vénérienne et à en manifester promptement les phénomènes morbides........ La surface externe du corps est soumise à cette influence, tandis que les parties internes y sont soustraites ; la peau est continuellement exposée à une température *plus froide* que les organes internes. Or, il est à remarquer que *les parties les plus rapprochées du contact de l'air extérieur sont celles qui sont le plus facilement affectées par la syphilis et qui contractent le plus promptement l'action vénérienne.* »

Tant il est vrai que Hunter avait reconnu des *âges* et des périodes dans l'évolution de la syphilis ! A. F.

(1) « .... Il y a dans les symptômes de la syphilis *une marche déterminée*, je pourrais dire *certaine et prévue à l'avance*, qui est *toujours la même*.... L'ordre d'apparition de ces symptômes est soumis à une régularité semblable à celle que l'on observe dans toute autre évolution morbide, et bien connaître cette succession est le seul moyen d'arriver à une thérapeutique rationnelle.....

» La division des symptômes de la syphilis en trois périodes est *un fait aujourd'hui acquis à la science*, et mes observations viennent encore à l'appui de cette opinion. » (Cullerier, *Mémoire sur l'évolution de la syphilis*, lu à la Société de chirurgie, en décembre 1844.)

(2) V. note XI.

Deuxième période : ACCIDENTS SECONDAIRES, OUVRANT LA SCÈNE DES SYMPTOMES CONSTITUTIONNELS DE LA SYPHILIS, c'est-à-dire succédant au chancre *dans les premiers mois*.

Accidents des tissus superficiels; — je vous en ai déterminé plus haut la nature et le siége; je n'y reviendrai pas.

Troisième période : ACCIDENTS TERTIAIRES, ne se manifestant qu'à une époque déjà assez éloignée de l'accident originel, rarement *avant le terme d'une demi-année;* pouvant apparaître au delà, dans un espace presque illimité; — accidents affectant, comme vous le savez, les tissus *profonds;* accidents tellement différents de ceux qui se produisent sur les parties externes, qu'ils semblent, comme le disait Hunter, constituer *une autre maladie* (1).

Si vous m'excusez de sortir un peu de mon sujet, je pourrai vous signaler encore d'autres différences qui séparent profondément ces trois groupes d'accidents.

Ce n'est que dans la première période que vous rencontrez le *virus inoculable*. Au delà du chancre, pour ainsi dire, la spécificité virulente s'éteint.

L'*accident primitif* est le seul qui soit incontestablement contagieux (2).

(1) Hunter, *Syphilis constitutionnelle*, ch. II.

(2) C'est encore là une opinion qui m'est commune avec mes deux collègues du Midi. — Écoutez en effet la définition que donne M. Cullerier de l'accident secondaire :

« L'accident secondaire, dit-il, consiste dans la manifestation sur la peau ou les muqueuses de lésions qui ont un caractère spécial, qui se lient nécessairement à l'accident primitif, qui n'ont lieu que quand celui-ci a existé; lésions DONT LE CONTACT N'EST PAS CONTAGIEUX et qui ne sont transmissibles que par hérédité. » (Mém. cité, *Archives générales de médecine*, 1845, p. 205.)

RICORD.

La syphilis secondaire se transmet par HÉRÉDITÉ, nou pas *fatalement*, comme on me l'a fait dire, mais *généralement*.

Cette influence héréditaire, semble s'éteindre à mesure que la diathèse vieillit, et dans la période tertiaire bien confirmée, il est probable qu'elle se perd complétement, pour ne devenir, comme le croyait Lugol (1) et comme j'incline moi-même à le penser, qu'une cause prédisposante à la scrofule.

Telles sont, Messieurs, les grandes divisions que la nature, et non pas mon imagination personnelle, a tracées dans l'évolution de la syphilis.

J'ai souvent entendu mes collègues en médecine, devant une scarlatine ou une variole, par exemple, énoncer immédiatement, *de visu*, la date exacte de l'origine des accidents et le *jour précis* où l'éruption était parvenue. Telle était la certitude de leur jugement que le témoignage des malades venait toujours confirmer leur appréciation. — Eh bien, il ne faut pas, en syphilis, de grands efforts, ni de longues méditations, pour acquérir une précision semblable, sinon égale, dans la détermination spontanée des périodes de la maladie. Je vous le répète, chacun des accidents de la vérole porte la physionomie du groupe auquel il appartient. A tel accident superficiel, comme un exanthème, vous diagnostiquerez facilement une syphilis encore *jeune*, à peine âgée de quelques mois, tandis que vous reconnaîtrez une vérole déjà *vieillie* à tel autre symptôme affectant les parenchymes viscéraux.

(1) « La syphilis primitive ne peut engendrer que la syphilis..... Dans les cas de scrofule transmise par des sujets syphilitiques, *la condition de la transmission est un état consécutif*, CONSTITUTIONNEL *de la syphilis*; c'est la CACHEXIE SYPHILITIQUE qui peut seule donner naissance à la maladie scrofuleuse...... La cachexie syphilitique, qui, le plus ordinairement, n'est plus contagieuse par le coït, peut être transmise à l'état scrofuleux, ou même sous forme d'autres espèces pathologiques par la voie de la génération. » — (LUGOL, *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, page 123.)

J'ajouterai que cette appréciation sur l'âge de la maladie ne restera pas *pratiquement* stérile : car vous pourrez tirer de cette connaissance d'utiles indications pour le traitement. Enfin, au point de vue doctrinal, elle vous servira plus d'une fois à découvrir, au milieu d'une série d'accidents, l'origine véritable de la diathèse, en vous permettant d'établir entre les formes actuelles de la syphilis et le symptôme initial le *rapport chronologique* qui les doit réunir.

Quoique rapide, l'énumération précédente des accidents propres à la syphilis, a suffi pour vous montrer que les différents tissus de l'économie, superficiels ou profonds, peuvent subir l'atteinte et porter le stigmate de la vérole. Peau, muqueuses, trame cellulaire, périoste, os, muscles, viscères, etc., tous les organes sont susceptibles d'être affectés par le poison ; tous paient à la syphilis le tribut qu'elle a le droit d'imposer, tôt ou tard, aux différentes parties d'un organisme contaminé.

C'est donc bien là, Messieurs, une affection GÉNÉRALE, dans la plus large acception du mot, puisqu'elle atteint tous les tissus et frappe tous les organes. C'est là véritablement une *diathèse,* ou, si vous le voulez, une disposition intime qui domine l'économie pour lui imprimer à différentes époques différentes modifications pathogéniques. Incorporée en quelque sorte à ses victimes, la syphilis leur crée, comme je l'ai dit tant de fois, un *tempérament* nouveau, une CONSTITUTION morbide. Aussi, depuis longtemps, Hunter avait-il baptisé la maladie syphilitique du nom d'infection CONSTITUTIONNELLE, « parce que, disait-il, la matière virulente qui lui sert d'origine est emportée dans la circulation commune, de façon que toutes les parties de l'organisme puissent en être imprégnées. »

Un dernier mot, Messieurs, pour achever ce qui est relatif au pronostic du chancre infectant.

La gravité de l'affection dont je viens de vous dérouler le tableau est-elle proportionnée soit au *nombre*, soit à l'étendue des accidents primitifs ?

Il n'en est rien. Je puis affirmer, contrairement à l'opinion d'un grand nombre de praticiens, que l'intensité des manifestations constitutionnelles n'est nullement dans un rapport obligé avec le nombre des chancres. Un seul chancre infecte aussi bien que plusieurs. La multiplicité des ulcérations n'ajoute rien à l'empoisonnement, non plus que la multiplicité des pustules vaccinales à la préservation. Telle vérole, succédant à la pléiade la plus confluente d'accidents primitifs qu'il vous plaira de supposer, pourra ne se présenter que sous des formes légères et bénignes ; telle autre reconnaissant pour origine un chancre unique offrira les manifestations les plus graves.

De même encore pour l'étendue des ulcérations primitives. Le plus petit chancre infecte comme le plus grand, au même degré, avec les mêmes conséquences. Il est absolument contraire à l'observation clinique qu'on puisse établir une corrélation entre l'étendue de l'ulcère initial et la gravité des symptômes consécutifs.

VI.

(suite)

De quelques influences qui peuvent modifier l'ordre d'évolution naturel de la diathèse.

Je viens, Messieurs, de vous tracer en quelques mots l'ordre d'évolution de la diathèse. Permettez-moi maintenant de vous signaler au moins quelques-unes des influences qui peuvent en modifier le développement naturel et troubler la succession normale des accidents.

Les conditions diverses de la constitution, les dispositions variables des tissus, les particularités innombrables tenant au sexe, à l'âge, à l'hygiène, au tempérament des sujets, les traitements suivis par les malades, etc., voilà, Messieurs, autant d'influences dont il faut tenir un compte sérieux, comme pouvant exercer une action considérable sur le développement prompt ou tardif des manifestations morbides et le caractère général de la maladie : toutes considérations de la plus haute importance, qui n'avaient point échappé à l'esprit pénétrant du grand Hunter (1), et que l'on a trop oubliées dans les critiques contemporaines dirigées contre les divisions méthodiques et naturelles de la vérole.

Voici, en effet, quelles peuvent être les conséquences de ces différentes conditions.

Lorsqu'une diathèse est en puissance, il suffit des causes occasionnelles, souvent les plus légères, pour qu'elle entre en action, c'est-à-dire pour qu'une manifestation se produise dans la spécificité de l'état morbide. Eh bien, ces causes peuvent exister ou faire défaut, se présenter plus ou moins tardivement, persister dans une durée variable. De là, autant de différences dans le développement de la maladie : absence ou apparition de certains accidents, évolution hâtive ou retardée de la diathèse, reproduction des mêmes symptômes au delà du terme normal de leur manifestation habituelle, etc...

C'est ainsi, pour prendre l'un de ces accidents comme exemple, que vous pourrez voir la plaque muqueuse se montrer *de très bonne heure* soit à la vulve, en raison des conditions anatomiques

(1) « Les conditions différentes où se trouvent soit la constitution, soit les parties, aux diverses époques, peuvent exercer une influence considérable sur l'apparition prompte ou tardive de la maladie, etc..... » (*Syphilis constitutionnelle*, ch. II.)

locales qui en *provoquent* l'apparition, soit au mamelon chez les femmes qui allaitent, c'est-à-dire sur un point où l'excitation, déterminée par l'application des lèvres de l'enfant, *sollicite* l'action du principe syphilitique répandu dans tout l'organisme.

C'est ainsi, d'autre part, que vous verrez ce même accident, la plaque muqueuse, se produire et se reproduire dans la bouche des fumeurs avec une invincible opiniâtreté, et toujours entretenue par la même cause d'irritation, *récidiver* sur place bien au delà du terme ordinaire dans lequel la syphilis a coutume de se traduire par cette forme de manifestation.

Cette dernière particularité des *récidives* en syphilis est devenue plus d'une fois l'occasion d'erreurs et d'attaques contre la doctrine que je défends. Il n'est pas rare, en effet, que certains symptômes de la diathèse, après s'être montrés dans la période *classique* à laquelle les rattache leur caractère, reparaissent à une époque plus ou moins éloignée, et dans un stade de l'affection où il n'est pas ordinaire de les voir figurer. Voilà, certes, pour qui n'a pas assisté à la manifestation première et ne connaît point la possibilité de ces curieuses récidives que j'ai depuis longtemps indiquées, voilà, dis-je, une exception capitale aux lois d'évolution de la syphilis, un fait qui doit détruire toutes les classifications! — Et cependant, vous voyez, Messieurs, qu'il n'y a rien là que de très conforme à la règle.

Autre source d'erreurs, autre origine de semblables exceptions apparentes. — C'est le *traitement,* à coup sûr, qui jette le plus de trouble dans le développement de la diathèse, et qui semble le mieux la soustraire à toute division méthodique.

D'une façon générale, l'on peut dire que le mercure *retarde* les accidents constitutionnels, alors qu'il ne parvient pas à en prévenir

l'explosion (1). Je n'ai point à vous parler de l'influence qu'il exerce pour en modifier la forme, non plus que pour en diminuer l'in-

(1) Le mercure peut affaiblir à ce point l'influence de la diathèse qu'aucun des symptômes appartenant à la période secondaire ne se produise. Mais il n'exerce, comme on le sait, qu'une action médiocre sur les manifestations plus tardives qui peuvent se montrer *sans avoir été précédées d'aucun autre accident*. De la sorte, l'un des actes de la syphilis se trouve retranché; il y a, pour ainsi dire, un chaînon de rompu dans l'évolution des symptômes morbides. — Mais ce fait est des plus rares. D'après notre maître, il est véritablement exceptionnel qu'un chancre induré ne soit suivi d'*aucune* manifestation constitutionnelle à forme dite secondaire, et cela malgré l'intervention du traitement mercuriel le plus rigoureux. Dans l'énorme majorité des cas, et même sur les sujets les plus épargnés par la syphilis, il se produit quelque symptôme, si léger qu'il soit, qui, pour un œil exercé, trahit l'existence de la diathèse à une époque voisine de la contagion.

Si, d'ailleurs, avec MM. Ricord et Cullerier, l'on considère l'induration spécifique comme un accident constitutionnel, comme une manifestation déjà secondaire, le chaînon moyen entre l'ulcère primitif et les symptômes tertiaires, ne fera défaut dans aucun cas.

M. Cullerier a même avancé, dans un très remarquable mémoire sur l'évolution de la syphilis (*Archives génér. de médecine*, décembre 1844), que si la vérole n'est pas arrêtée et détruite à sa première période par le traitement mercuriel, c'est toujours *avec le même ordre de succession dans les symptômes* qu'elle reparaît. Ou bien, dit l'éminent syphiliographe, le mercure guérit toutes les manifestations d'*emblée* et met le malade à l'abri de tout accident constitutionnel; ou bien s'il ne guérit pas, s'il ne *tue* pas la vérole, il la laisse se produire *en suivant ses phases naturelles*. UNE AFFECTION TERTIAIRE EST TOUJOURS SÉPARÉE DU CHANCRE PAR UN SYMPTOME INTERMÉDIAIRE (syphilide cutanée, ulcération des muqueuses, etc.). En un mot, d'après M. Cullerier, il ne saurait y avoir ni lacune, ni interruption dans la marche de la syphilis, et il serait absolument contraire à l'observation qu'un malade pût traverser sans accident la période secondaire, pour éprouver quelque symptôme tertiaire à une époque plus reculée.

Telle n'est pas cependant l'opinion de notre maître. Il peut se faire, d'après M. Ricord, ainsi que je le disais dans les premières lignes de cette note, qu'un malade traverse *sans aucun accident* la période secon-

tensité; je ne traite ici que la question d'époque. Eh bien, il est certain, je le répète, que les mercuriaux *éloignent* les manifestations de la diathèse. Tel symptôme qui serait apparu, je suppose, dès les premiers mois de l'infection, si le malade avait été abandonné à lui-même, pourra ne se montrer qu'à une époque beaucoup plus reculée, si vous avez fait intervenir la médication spécifique : de sorte qu'une lésion, secondaire de forme et de caractère, se développera dans une période où vous croiriez le malade à l'abri de cette *forme* d'accidents. Ce sera là, comme on l'a dit, un symptôme *déclassé*, qui compromettrait fort la doctrine de l'évolution méthodique et régulière, si l'on ne tenait compte de l'influence exercée par le traitement pour modifier la marche de l'affection.

daire pour subir quelque manifestation plus tardive. C'est là, sans doute, un fait exceptionnel, c'est une rare modification apportée par le traitement à l'évolution normale de la syphilis; mais il n'y a rien là qui soit, comme le dit M. Cullerier, *absolument contraire* à l'observation clinique.

Ce qui constituerait véritablement une erreur, ce serait d'admettre qu'entre l'ulcération primitive et une manifestation constitutionnelle, de forme et de caractère quelconques, il ne se place un chaînon moyen, un symptôme intermédiaire ; ce serait de méconnaître cette lésion toute spéciale qui sépare *nécessairement* l'accident d'origine des symptômes consécutifs, je veux dire l'*induration*, et l'induration se manifestant à la fois dans la base du chancre et dans le parenchyme des ganglions.

En un mot (que l'on me passe ici cette expression par laquelle j'ai souvent entendu notre maître traduire librement sa pensée dans ses instructions familières), la *syphilis ne saute jamais par dessus l'induration*. Avec le chancre qui doit infecter l'organisme, l'on rencontre à coup sûr et le disque induré qui sous-tend l'ulcération initiale et le bubon spécifique décrit précédemment. Voilà la double lésion *essentielle* de la vérole, celle qui ne fait jamais défaut, au moins dans l'infection *acquise*. A cette exception près, *il n'est pas*, d'après M. Ricord, *de manifestation qui ne puisse manquer à son rang dans l'évolution de la diathèse*.

A. FOURNIER.

Mais voici une interversion plus curieuse encore que produit quelquefois la thérapeutique.

Le même traitement qui agit sur les accidents secondaires, de façon à en maîtriser l'explosion, peut être sans effets préventifs contre d'autres formes plus tardives de la syphilis, et laisser développer, pendant son emploi, des symptômes à caractère *tertiaire* non équivoque. Puis, ce traitement venant à être suspendu d'une façon prématurée, la bride est lâchée, en quelque sorte, aux manifestations *secondaires,* qui éclatent alors après un certain temps, c'est-à-dire *consécutivement à des lésions qu'elles auraient dû précéder* dans l'ordre de développement régulier de la diathèse.

Je m'arrête, car mon but est rempli si les quelques exemples qui précèdent, et que j'aurais pu multiplier, vous ont fait comprendre que certaines influences peuvent modifier l'évolution de la syphilis sans porter atteinte aux lois que je vous ai formulées sur la succession régulière des symptômes et l'époque de leur apparition respective.

VII.

Comment s'irradie l'infection dans l'économie. — Modification du virus introduit dans l'organisme. — Sang des syphilitiques. — Le virus inoculable ne se retrouve ni dans le sang, ni dans les sécrétions physiologiques, ni dans les accidents constitutionnels de la syphilis.

Vous me demanderez peut-être comment s'irradie l'infection dans l'économie, quel est l'intermédiaire entre l'ulcère primitif et les tissus secondairement affectés; comment se fait le transport du poison vers les différents organes, à travers les différents tissus. Je vous répondrai qu'il en est du virus syphilitique comme de tous les virus dont on saisit les effets, sans pouvoir suivre les phé-

nomènes intimes de leur invasion et de leur irradiation dans l'organisme. Nous les voyons agir, nous les reconnaissons aux lésions qu'ils produisent; mais là s'arrête notre science, et nous sommes impuissants à pénétrer plus avant le mystère de la nature.

L'on suppose bien, et à très juste titre, que le transport et la dissémination du virus sur tous les organes s'effectuent, comme le dit Hunter, par le liquide de la circulation commune. Mais l'on n'a pu, ni par l'*inoculation*, ni par l'analyse, démontrer la présence du virus dans le sang des syphilitiques. Il est même bien remarquable que le sang, qui sert évidemment de véhicule au poison et qui subit lui-même l'influence de la syphilis (1), ne possède *aucune qualité contagieuse et ne puisse communiquer la maladie à un sujet sain.*

Je n'ai jamais trouvé, pour ma part, de pus inoculable dans le sang, et cela *même dans les veines les plus rapprochées du chancre.* Il semble qu'une fois uni au liquide nourricier, le pus virulent ne s'inocule plus. Il faut bien prendre garde, toutefois, de

(1) LE SANG SUBIT L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS. — Il y a déjà longtemps que cette proposition a été avancée par MM. Ricord et Grassi, qui signalèrent les premiers la diminution de l'élément globulaire dans le sang des syphilitiques. Mais jusqu'à ce jour, aucun document plus précis n'a été publié, du moins en France, sur cette importante question.

C'est à l'obligeance de M. Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, que je dois la note suivante, où l'on trouvera relatées avec détails quelques-unes des très nombreuses expériences qu'il a entreprises sur ce sujet.

Il ne sera pas sans intérêt, je pense, de faire remarquer que les résultats signalés par MM. Ricord et Grassi, ont été obtenus à une époque où la division des deux chancres, *en tant qu'espèces nosologiques distinctes,* n'était pas encore une question à l'ordre du jour. Les expérimentateurs étaient donc à l'abri de toute préoccupation doctrinale : circonstance qui donne d'autant plus de prix aux différences qu'on trouvera

s'en laisser imposer ici par un accident fréquent chez les hommes affectés de chancres du gland ou du prépuce; je veux parler de ces

constatées plus loin entre le sang des sujets porteurs de chancres simples et celui des malades affectés de chancres de nature infectieuse.

I.

ÉTAT DU SANG CHEZ LES MALADES AFFECTÉS DE CHANCRES SIMPLES.

	1er malade.	2e malade.	3e malade.
Eau	762,4	760,0	768,0
Fibrine	2,9	3,1	3,0
Albumine	94,3	97,0	88,5
Globules	140,4	139,9	140,5
	1000,0	1000,0	1000,0

	4e malade.	5e malade.	6e malade.
Eau	763,8	750,0	755,2
Fibrine	2,6	3,9	4,0
Albumine	95,5	112,5	113,7
Globules	138,1	133,6	127,1
	1000,0	1000,0	1000,0

	7e malade.	8e malade.	9e malade.
Eau	758,5	749,1	760,9
Fibrine	3,6	3,0	3,0
Albumine	84,3	109,9	97,0
Globules	153,6	138,0	139,1
	1000,0	1000,0	1000,0

(La proportion élevée des globules, dans la plupart des analyses précédentes, fixera sans doute l'attention. Mais je dois faire remarquer : 1° que les analyses du sang les plus récentes ont notablement élevé la proportion des globules au-dessus de la moyenne donnée par MM. Andral et Gavarret ; MM. Becquerel et Rodier la portent à 135 ; 2° que les résultats de M. Grassi ont tous été obtenus sur des HOMMES, la plupart dans la force de l'âge. Or, l'on sait que l'influence du sexe se traduit par une élévation du chiffre des globules chez l'homme, et par un abaisse-

engorgements en forme de cordon tendu sur le dos du pénis et auxquels on donne banalement le nom de *phlébites dorsales de la*

ment relatif chez la femme. La moyenne des globules chez l'homme serait de 140, d'après MM. Becquerel et Rodier. (*Traité de chimie pathologique*, page 91.)

D'après ces indications, il ne paraît pas que les chiffres donnés par M. Grassi dépassent notablement (à part l'expérience n° 7) la moyenne physiologique des globules.

Reste la question de l'albumine. Les proportions également élevées de ce principe pourraient surprendre, si M. Grassi n'avait eu le soin de prévenir que, dans les expériences précédentes, l'albumine a toujours été dosée en bloc, indépendamment de la fibrine et des globules, avec les autres éléments du sang.

Cela posé, l'on voit que les analyses précédentes ne révèlent AUCUNE ALTÉRATION CAPITALE DANS LE SANG DES SUJETS PORTEURS DE CHANCRES SIMPLES.)

II.

ÉTAT DU SANG CHEZ LES MALADES AFFECTÉS DE CHANCRES INDURÉS.

I. *Chancre induré.*

	1re saignée.	2e saignée, après un mois de traitement par l'iodure de potassium.
Eau	796,6	774,2
Fibrine . . .	3,0	3,3
Albumine . .	104,5	113,5
Globules. . .	95,9	109,0
	1000,0	1000,0

II. *Chancre induré.*

	1re saignée.	2e saignée, après 8 jours de traitement par l'iodure de potassium.	3e saignée après un mois de traitement par l'iodure de potassium.
Eau	797	794,6	784,0
Fibrine . . .	3	3,5	3,5
Albumine . .	106	95,2	84,0
Globules. . .	94	106,7	128,5
	1000	1000,0	1000,0

verge. J'ai été à même d'observer souvent ce symptôme et de constater qu'il était dû non pas à une phlébite, mais à une simple

III. *Chancre induré.*

	1re saignée.	2e saignée, après 20 jours de traitement par l'iodure de potassium.
Eau	797,3	768,6
Fibrine. . . .	2,4	2,4
Albumine . .	123,9	87,0
Globules. . .	76,4	142,0
	1000,0	1000,0

IV. *Chancre induré; roséole.*

	1re saignée.	2e saignée, après 25 jours de traitement par le proto-iodure de mercure.
Eau	769,7	765,0
Fibrine . . .	2,6	3,5
Albumine . .	102,6	106,0
Globules. . .	125,1	125,5
	1000,0	1000,0

V. *Chancre induré; syphilides.*

	1re saignée.	2e saignée, après 8 jours de traitement par le proto-iodure de mercure.
Eau	769,5	784,4
Fibrine . . .	3,1	3,6
Albumine . .	102,6	89,7
Globules. . .	124,8	122,3
	1000,0	1000,0

VI. *Chancre induré.*

	1re saignée.	2e saignée, après 19 jours de traitement par l'iodure de potass.	3e saignée, après 28 jours de traitement par l'iodure de potassium.
Eau.	789,5	768,7	796,9
Fibrine. . .	4,7	3,8	3,5
Albumine. .	115,4	121,0	68,0
Globules . .	90,4	106,5	131,6
	1000,0	1000,0	1000,0

angéioleucite. Or, l'on sait par ce qui précède que le pus virulent peut se rencontrer dans les lymphatiques. Si l'on jugeait, dans ces

« Je pourrais, dit M. Grassi, multiplier presque indéfiniment les exemples qui prouvent que, dans cette affection, l'*albumine augmente et les globules diminuent*. — La diminution des globules peut être considérable, comme le démontrent les trois exemples suivants :

VII. *Chancre induré ; roséole.*

	1re saignée.	2e saignée, après 12 jours de traitement.
Eau	830,7	759,5
Fibrine . . .	2,4	2,5
Albumine . .	108,0	110,5
Globules. . .	58,0	127,5

VIII. *Chancre induré.*

Eau.	815,1
Fibrine	3,2
Albumine.	126,7
Globules	55,0

IX. *Chancre induré ; taches syphilitiques.*

Eau.	821,2
Fibrine	3,0
Albumine.	127,5
Globules	48,3

» Dans ces derniers cas, l'on entendait *un bruit de souffle* dans les carotides. Ce bruit n'avait pas été soupçonné tout d'abord ; on ne le rechercha que d'après les indications fournies par l'analyse. »

Des expériences de M. Grassi, il résulte ce double fait : à savoir, que l'influence du virus syphilitique sur le sang des sujets infectés se traduit :

1° Par une DIMINUTION DANS LA QUANTITÉ DES GLOBULES ;

2° Par une AUGMENTATION DANS LA PROPORTION DE L'ALBUMINE.

Le virus paraît sans influence sur la fibrine.

Une remarque de la plus haute importance, c'est que les malades qui ont servi à ces expériences se trouvaient tous à une époque très voisine

conditions, que l'abcès se fût formé dans une veine, l'on serait porté à admettre le transport du pus virulent *en nature* dans le torrent circulatoire, ce qui, je vous le répète, est absolument contraire à l'observation clinique (1).

du début de l'infection, c'est-à-dire à une période où la pénétration du virus dans l'économie et son irradiation dans l'organisme se révèlent par des phénomènes de chloro-anémie que l'on ne rencontre plus dans un stade plus avancé de la vérole, faiblesse, lassitude, décoloration des téguments, palpitations, migraines, etc. Il ne faudrait donc pas regarder les résultats qui précèdent comme représentant la constitution du sang des syphilitiques *à toutes les périodes de la syphilis*. Ils ne s'appliquent, je le répète, et ne peuvent s'appliquer qu'au premier stade de la vérole. — Au delà, comme le fait pressentir la clinique et comme le démontre l'analyse, le sang reprend sa composition normale.

Signalons encore comme un résultat important de ces expériences, bien qu'étranger au sujet qui nous occupe, l'influence exercée par l'iodure de potassium sur l'élément globulaire du sang. L'ascension si rapide du chiffre des globules, déterminée par ce médicament, ne doit pas être un fait perdu pour la thérapeutique générale.

D'après les exemples cités par M. Grassi, le proto-iodure d'hydrargyre serait bien loin de produire les mêmes effets bienfaisants sur la composition du liquide nourricier. Et cependant, l'on sait que les mercuriaux constituent la médication spécifique de la syphilis secondaire, sur laquelle l'iodure de potassium n'exerce qu'une médiocre influence.

Et maintenant, si l'on vient à mettre en regard les résultats fournis par l'analyse, d'une part sur le sang des syphilitiques, d'autre part sur le sang des malades affectés de chancres simples, il est impossible qu'on ne soit pas immédiatement frappé des différences profondes que présente ce parallèle. Ici, les proportions physiologiques du sang ne sont pas altérées; là, ses deux éléments les plus importants, l'albumine et les globules, se trouvent modifiés, l'une par excès et ceux-ci par défaut. Avec le chancre simple, le sang reste pur; il est vicié profondément avec le chancre induré.

N'est-il pas bien remarquable de voir la chimie prêter ainsi la main à la clinique pour différencier ces deux espèces nosologiques du chancre, que tant de considérations tendent à séparer de plus en plus?

A. FOURNIER.

(1) Hunter s'était de même exprimé dans les termes les plus formels sur

Ce virus que vous ne trouvez pas dans le sang, vous ne le rencontrerez pas davantage dans les liquides provenant des différentes sécrétions physiologiques, la sueur, la salive, le sperme, le lait (1), etc...

Il y a plus : c'est que si vous le cherchez dans les sécrétions même d'*origine syphilitique*, c'est-à-dire dans la sérosité ou le

l'absence de l'inoculabilité dans le sang comme dans les différentes sécrétions des syphilitiques : « *Le sang d'un sujet vérolé*, dit-il, *n'a aucune qualité contagieuse;* il ne peut par l'inoculation donner la maladie à un sujet sain. Si ce sang pouvait faire naître dans une plaie saine l'inflammation syphilitique, aucun sujet ayant la matière vénérienne en circulation, c'est-à-dire ayant la syphilis constitutionnelle, ne pourrait éviter un ulcère vénérien toutes les fois qu'il serait saigné ou qu'il se ferait une égratignure; les petites plaies ainsi produites se transformeraient en autant de chancres.... » (Sixième partie, chap. 1, § I.)

A. F.

(1) « L'on croit, disait Hunter, que le lait des mamelles peut contenir le poison vénérien et affecter l'enfant qui le suce. Il n'en est rien : l'observation apprend qu'AUCUNE SÉCRÉTION N'EST AFFECTÉE PAR CE POISON. » (*Tr. de la syphilis*, sixième partie, chap. I.)

M. le docteur Venot (de Bordeaux), qui a traité longuement la question de l'allaitement par les nourrices infectées, a rapporté, dans l'UNION MÉDICALE du 8 avril 1852, plusieurs faits qui démontrent que des femmes atteintes de la diathèse syphilitique, présentant même des accidents secondaires et tertiaires, ont pu allaiter longtemps sans communiquer la maladie à leurs nourrissons.— L'une de ces nourrices portait même des *ulcérations secondaires au mamelon*.

Enfin, dans une leçon toute récente sur la SYPHILIS CONGÉNITALE, leçon reproduite dans l'UNION MÉDICALE du 21 avril 1857, M. le professeur TROUSSEAU s'exprimait en ces termes sur la transmission de la syphilis par l'allaitement :

« Jusqu'à Hunter, le fait de la *transmission par l'allaitement* était admis. Une femme atteinte de vérole, nourrissant un enfant, l'infectait nécessairement. Hunter le nia; son école adopta sa manière de voir...... Depuis Hunter, aucun fait authentique ne s'est présenté pour prouver la transmission de la vérole à l'enfant par le lait de sa nourrice. Je dis *par le lait*, car il serait absurde de croire que la nourrice ne peut communiquer la syphilis à l'enfant qu'elle allaite, lorsqu'elle porte un chancre sur le mamelon.........

» UN ENFANT INFECTÉ APRÈS SA NAISSANCE, EST INFECTÉ PAR UN CHANCRE, absolument comme l'est un adulte..... Je dis et je répète qu'*il n'existe pas un seul exemple authentique de transmission de la vérole de la nourrice à l'enfant par le seul fait de la lactation*..... »

A. F.

pus d'un accident *consécutif* quelconque, secondaire ou tertiaire, là même il vous échappe. L'on savait déjà à l'époque de Hunter, et l'on sait encore de nos jours, en dépit des confusionnistes contemporains, que « *les symptômes constitutionnels de la syphilis ne produisent pas un pus semblable à celui d'où ils tirent leur origine* (1). »

Et, en effet, si vous interrogez à la lancette l'une ou l'autre de ces suppurations secondaires ou tertiaires, non seulement vous ne reproduisez rien qui ressemble au chancre, mais de plus votre inoculation reste *absolument* stérile, soit comme origine d'un symptôme local, soit comme source d'une infection constitutionnelle.

C'est là, Messieurs, la grande question de la non-inoculabilité des accidents consécutifs de la syphilis, question qui souleva tant d'orages dans notre siècle. Mon dessein n'est pas de la reprendre aujourd'hui et de discuter les différentes opinions auxquelles ce point de doctrine a donné naissance. Je ne veux que vous rappeler, à propos de notre sujet actuel, ce que vous savez déjà et ce que vous avez vu dans nos salles. Les deux propositions suivantes résumeront, sur ce sujet, les résultats d'une observation rigoureuse :

1° Dans tous les cas (et ils sont déjà nombreux) où l'inoculation d'accidents secondaires ou tertiaires a pu être pratiquée sur

(1) Voici le texte même de Hunter :

« Le sang étant infecté par son contact avec du pus syphilitique véritable, on pourrait naturellement supposer que les effets locaux qui sont le résultat de cette infection, doivent être de même nature que les effets locaux primitifs d'où ils tirent leur origine. Mais d'après l'observation et l'expérience, j'ai tout lieu de croire qu'il n'en est rien........ *Les symptômes constitutionnels de la syphilis ne produisent pas un pus semblable à celui d'où ils tirent leur origine.* » (Sixième partie, ch. 1, § I.)

des SUJETS SAINS (1) *dans les conditions d'une expérimentation sérieuse*, elle n'a donné lieu qu'à des résultats *absolument* négatifs.

(1) Il existe déjà un assez grand nombre d'expériences entreprises sur ce grave sujet par des hommes savants et dévoués qui n'ont pas craint de porter la lancette sur eux-mêmes.

M. le docteur G. SARRHOS en a cité dans sa thèse quelques exemples qu'il ne sera pas sans utilité de rappeler ici :

« M. le docteur RATTIER, *qui n'avait jamais eu la syphilis*, s'est fait inoculer plusieurs fois la sécrétion morbide *de toutes les formes des accidents secondaires*, sans pouvoir faire naître chez lui le moindre symptôme spécial, et cela, il y a aujourd'hui (juillet 1853) déjà plus de *quinze* ans; de sorte que ceux qui admettent une longue incubation ne sauraient l'invoquer ici pour expliquer, en faveur de leur doctrine, les résultats négatifs de ces expériences.

» L'année dernière (1852), l'on a vu à l'hôpital de Lourcine M. CULLERIER lui-même, qui n'avait jamais eu la syphilis, s'inoculer sur l'avant-bras, *un très grand nombre de fois* et *toujours impunément*, la sécrétion morbide d'accidents secondaires.

» Nous aussi, qui n'avons jamais eu la syphilis, nous nous sommes livré, depuis le mois de juillet 1852, à quelques expériences de la même nature que les précédentes. Nous nous sommes inoculé *une trentaine de fois*, jusqu'à présent, avec le liquide provenant de plusieurs formes d'accidents secondaires, diagnostiqués tels par M. Ricord, par ses élèves et par moi. *Ces inoculations sont restées stériles*, et jusqu'au mois de juin 1853, où nous écrivons ces lignes, *nous ne sommes atteint d'aucun symptôme syphilitique*, quoique nous n'ayons rien fait pour empêcher la manifestation de la diathèse. »

Voici quelques-unes de ces expériences, que M. Sarrhos a relatées *in extenso* dans sa thèse (*Thèses de Paris*, 1853) :

I. ECTHYMA SECONDAIRE. — Inoculation sur l'avant-bras de M. Sarrhos avec la sécrétion morbide de cet ecthyma. — Une très légère inflammation se développe sur le point piqué, pour disparaître complétement en quelques jours. Aucun autre accident.

II. RUPIA. — « Un sujet syphilitique présentait à la lèvre supérieure un large rupia, couvert d'une croûte épaisse, noirâtre et récemment fendillée. C'est de la gerçure qu'offrait cette croûte que la matière a été prise pour être inoculée 1° sur le *malade* lui-même; 2° sur un *mé-*

Jamais on ne l'a vue reproduire soit une ulcération analogue à l'ulcère primitif, soit telle forme d'accident semblable à celui dont le pus servait à l'expérience.

2° Si la contagion dite physiologique semble avoir quelquefois donné un démenti à cette proposition, si l'on a pu croire au succès très contestable d'inoculations artificielles d'accidents secondaires sur des sujets sains, du moins la proposition suivante est inattaquable et reste dans toute son intégrité :

decin qui avait eu la syphilis; 3° enfin, sur *moi-même.* Je me suis fait sur moi *trois inoculations* avec une épingle, à différentes profondeurs, sur la partie antérieure de l'avant-bras gauche. — *Le résultat fut négatif sur le malade, sur le médecin qui avait la syphilis, et sur moi-même.* »

III. Plaques muqueuses. — M. Sarrhos s'inocule avec du pus recueilli sur des plaques muqueuses anales. — Une rougeur très peu étendue se développe autour de la piqûre; elle disparaît quelques jours après, sans laisser le moindre accident, tant local que général.

IV. Plaques muqueuses. — Inoculation semblable avec la sécrétion morbide de papules muqueuses anales. — Inflammation légère, avec démangeaison, mais absence de toute suppuration, de toute ulcération du derme, d'induration, d'adénopathie, etc.

V. Double inoculation avec la sécrétion morbide d'une ulcération syphilitique des amygdales et d'un ulcère spécifique de la jambe. — Double résultat négatif.

VI. Ulcération syphilitique de la jambe. — M. Sarrhos se fait *six piqûres* sur l'avant-bras, à différentes profondeurs, avec une lancette chargée de la sécrétion morbide de cette ulcération. — Inflammation légère due à l'action traumatique de la lancette; quelques jours après, disparition de tout symptôme local.

Et ainsi de vingt-quatre autres expériences.

Je répète qu'à la suite de ces différentes inoculations, le courageux expérimentateur n'a éprouvé aucun symptôme de syphilis.

A. Fournier.

L'inoculation des produits morbides de la syphilis secondaire ou tertiaire sur les SUJETS SYPHILITIQUES demeure *invariablement* stérile. — Ici, ce n'est point par centaines, c'est par milliers qu'il faudrait compter les insuccès. Que de lancettes a tentées cette question doctrinale! MM. Puche et Cullerier à Paris, MM. Baumès et Diday à Lyon, M. Renault à Toulon, M. Lafon-Gouzy à Toulouse, M. Thiry à Bruxelles, M. Lindmann (1), et tant d'autres encore, ont répété et varié à l'infini l'inoculation des produits morbides de la syphilis constitutionnelle, pour arriver tous au même résultat négatif! La démonstration est donc aussi complète que possible, et doit satisfaire les plus incrédules. Sur ce point, la question est véritablement épuisée; et je ne doute pas que, pour votre part, les expériences dont vous venez d'être témoins cette année dans notre service, aient pu vous laisser la moindre incertitude sur ce grave sujet (2).

(1) M. Lindmann, le célèbre expérimentateur, s'est inoculé PLUSIEURS MILLIERS DE FOIS tous les pus secondaires et tertiaires; — et toujours sans succès! (Communication orale.) A. F.

(2) Je pense qu'il ne sera pas sans intérêt de reproduire ici ces expériences pour les personnes qui n'ont pas suivi les cliniques de M. Ricord. — En voici donc le résumé que j'extrais de mes notes.

(Je dois faire remarquer que toutes les inoculations qui vont suivre ont été pratiquées sur les malades mêmes auxquels appartenait le pus qui servait à l'expérience. Jamais le pus syphilitique n'a été transporté d'un sujet sur un autre, quoique de semblables inoculations *croisées* ne dussent offrir aucun danger pour les malades.)

1. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* de l'anus. — Résultat négatif.

2. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* de l'anus, hypertrophique, élevée, végétante, datant de deux mois environ. — Résultat négatif.

3. Inoculation avec la sérosité louche d'une *plaque muqueuse* labiale, datant de huit jours, en voie de progrès. — Résultat négatif.

VIII.

La diathèse syphilitique ne se *double* pas. — Question de la *récidive* du chancre induré. — La clinique et la théorie en présence. — Une hypothèse consolatrice. — Peut-on guérir de la vérole? — Recherche méthodique du chancre induré de récidive. — Multiplicité des causes d'erreur. — Indurations d'emprunt, etc...

Le chancre *induré*, créant une *diathèse*, doit subir la loi des affections virulentes, c'est-à-dire placer l'économie sous une influence

4. Rupia. — Inoculation avec le pus d'une large ulcération, de forme rupiale, siégeant sur la cuisse. — Résultat négatif.

5. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* de l'anus, remontant à quelques semaines. — Résultat négatif.

6. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* labiale, datant d'un mois. — Résultat négatif.

7. Ecthyma. — Inoculation de la sérosité purulente et visqueuse recueillie sous la croûte d'un ecthyma du bras. — Résultat négatif.

8. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* végétante et mamelonnée de la région génito-crurale, fournissant une suppuration abondante. — Résultat négatif.

9. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* anales, datant d'un mois. — Résultat négatif.

10. Rupia. — Inoculation avec pus recueilli sous la croûte d'un *rupia* de la face dorsale du pied. — Résultat négatif.

11. Inoculation avec la sérosité lactescente d'une *plaque muqueuse* de la lèvre. — Résultat négatif.

12. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* anales d'origine récente. — Résultat négatif.

13. Inoculation avec la sérosité louche d'une *plaque muqueuse* labiale. — Résultat négatif.

14. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* labiale à forme ulcérative. — Résultat négatif.

15. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* très récente de la lèvre. — Résultat négatif.

16. Syphilide pustulo-crustacée. — Inoculation avec le pus de cette syphilide, recueilli sous la croûte légèrement soulevée. — Résultat négatif.

qui ne permet plus au virus de développer les mêmes phénomènes sur les malades infectés. C'est ainsi que le vaccin enlève

17. Inoculation avec pus *phlegmoneux* fourni par des *plaques muqueuses* interdigitales, datant de cinq à huit jours. — Résultat négatif.

18. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* labiale, en voie de progrès. — Résultat négatif.

19. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* anales, hypertrophiques et confluentes. — Résultat négatif.

20. Inoculation avec le pus d'une BALANO-POSTHITE SECONDAIRE datant de dix à treize jours. — Résultat négatif.

21. Inoculation avec la sérosité louche et semi-purulente d'une *plaque muqueuse* labiale. — Résultat négatif.

22. Inoculation avec la sérosité lactescente d'une *plaque muqueuse* labiale ulcérée. — Résultat négatif.

23. Inoculation avec pus *phlegmoneux* fourni par des *plaques muqueuses* interdigitales confluentes. — Résultat négatif.

24. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* de la région génito-crurale. — Résultat négatif.

25. ECTHYMA. — Inoculation avec la sérosité purulente, épaisse et visqueuse d'un ecthyma secondaire de la jambe. — Résultat négatif.

26. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* du scrotum, datant de quelques jours. — Résultat négatif.

27. Inoculation avec le pus d'une BALANO-POSTHITE SECONDAIRE, datant de quatre à cinq jours seulement. — Résultat négatif.

28. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* récente de la lèvre. — Résultat négatif.

29. SYPHILIDE TUBERCULEUSE ULCÉRÉE, A FORME SERPIGINEUSE. — Inoculation négative.

30. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* du scrotum, déjà ancienne. — Résultat négatif.

31. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* du scrotum, à surface diphthéritique. — Résultat négatif.

32. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* de la région génito-crurale, datant de quelques jours. — Résultat négatif.

33. Inoculation avec le pus de *plaques muqueuses* scrotales d'origine récente. — Résultat négatif.

34. Inoculation avec la sérosité purulente d'une *plaque muqueuse* de la lèvre, récente. — Résultat négatif.

35. Inoculation avec le pus *phlegmoneux* d'une BALANO-POSTHITE SECONDAIRE, datant de quatre jours. — Résultat négatif.

aux sujets inoculés la faculté de subir une inoculation nouvelle, au moins dans un laps de temps que l'on s'efforce aujourd'hui de déterminer d'une façon précise; c'est ainsi que la variole préserve de la variole; que la rougeole, la scarlatine, etc., ne se reproduisent pas, à part de très rares exceptions, sur les individus qui en ont été atteints une fois. Bref, les diathèses *ne se doublent pas*, d'une façon générale. C'est une loi tellement vraie, tellement acceptée, que, dans les cas où des récidives incontestables se sont produites, les pathologistes sérieux ont préféré chercher l'explication de ces faits exceptionnels dans une sorte d'*extinction du tempérament morbide,* plutôt que d'admettre une accumulation et une superfétation des diathèses.

C'est parce que l'on a supposé que l'influence vaccinale pouvait, après un certain temps *s'affaiblir* et *s'éteindre,* que l'on a cherché dans une inoculation consécutive du virus une préservation nouvelle.

Eh bien, ce que fait le vaccin pour la vaccine, ce que font la plupart des affections virulentes pour elles-mêmes, le chancre induré le produit également pour la syphilis. En donnant la vérole, il préserve d'une infection nouvelle. C'est, en effet, une règle générale, je pourrais presque dire absolue, que le chancre induré ne se produise qu'une fois sur le même sujet. *Le chancre induré ne récidive pas,* et *la diathèse syphilitique ne se double pas plus que les autres diathèses.*

36. Syphilide tuberculeuse ulcérée. — Inoculation avec le pus roussâtre et sanieux d'une syphilide tuberculeuse ulcérée. — Résultat négatif.

37. Inoculation avec le pus d'une *plaque muqueuse* de la région génito-crurale, récente. — Résultat négatif.

38. Tumeur gommeuse. — Inoculation avec le pus d'une tumeur gommeuse récemment ulcérée. — Résultat négatif.

A. Fournier.

Que l'on interroge l'énorme quantité de malades qui se pressent dans nos salles et aux consultations du Midi ; que l'on recherche, que l'on dépouille soigneusement leurs antécédents : je vous prédis en toute sûreté quels seront les résultats de cette statistique. C'est par milliers qu'il faudra compter les récidives pour la blennorrhagie ; par centaines pour le chancre simple ; mais pour les récidives du chancre induré, je prévois à coup sûr des colonnes vides et muettes.

C'est qu'en effet, il ne m'a pas été donné de rencontrer *un seul malade* sur lequel le chancre infectant se soit manifesté à deux reprises, et se soit *accompagné deux fois de l'évolution normale des accidents constitutionnels.*

Je ne sache pas, d'ailleurs, que personne ait été plus heureux que moi. Sans doute l'on a cité et l'on cite encore quelques observations éparses et recueillies à grand'peine, dans lesquelles le chancre infectant paraît s'être produit à deux reprises, avec son cachet d'induration spécifique.

Mais à toutes ces observations il manque, comme je l'ai dit ailleurs, soit un pied, soit une aile. Il s'agit moins, en effet, de prouver que les chancres développés sur un même individu aient pu, à des époques différentes, revêtir pour des raisons que j'examinerai plus loin les caractères propres au chancre induré, que de trouver des cas bien authentiques, où la syphilis ait présenté à deux reprises son ordre de développement naturel, où la vérole se soit réellement *doublée,* à la fois dans son accident initial et dans ses manifestations consécutives. — Or, de semblables observations manquent encore à la science.

Il est donc faux que l'on puisse *entasser vérole sur vérole.*

Il est plus faux encore qu'une première infection prédispose à une nouvelle.

Ce n'est pas, Messieurs, que je nie la possibilité d'une récidive pour le chancre induré. Bien au contraire, *j'y crois,* et j'y crois fermement, quoique l'étude clinique m'en ait, jusqu'à ce jour, refusé les preuves. Les grandes lois de la pathologie générale, en effet, qui dominent l'observation particulière, nous montrent l'extinction des diathèses, même de celles qui semblent influencer le plus profondément l'organisme, comme un fait sinon fréquent, au moins POSSIBLE. C'est ainsi que la fièvre typhoïde, que la variole et les différentes fièvres éruptives *peuvent* récidiver. C'est ainsi que l'influence vaccinale s'épuise et s'éteint après un certain temps, cédant à l'action perturbatrice du mouvement vital, et que le succès des revaccinations témoigne d'une réceptivité nouvelle de l'organisme.

Eh bien, pourquoi la diathèse syphilitique serait-elle la seule qui résistât aux modifications que la vie imprime à notre être? Pourquoi ce mouvement vital incessant, en vertu duquel les molécules assimilées hier seront expulsées demain, n'entraînerait-il pas hors de notre économie le virus de la vérole et ne purgerait-il pas notre sang de ce fatal poison? Évidemment l'analogie nous force à croire que l'influence syphilitique peut s'éteindre, au moins sur certains sujets privilégiés, et dès lors, *pouvant s'éteindre, elle peut se reproduire.*

Une logique rigoureuse conduit donc à admettre la possibilité des *récidives* pour la vérole (1). Mais si l'on sort du domaine de l'ana-

(1) Cette doctrine a paru *nouvelle* à quelques personnes; on l'a considérée comme une modification apportée par M. Ricord aux idées qu'il professait autrefois.

Je retrouve cependant cette même idée dans le passage suivant, extrait d'une note que mon maître communiqua aux auteurs du *Compendium de médecine* (1845):

« ..... Cette loi de l'*unicité* de la diathèse est-elle absolue? Probablement

logie, si l'on abandonne la théorie consolatrice pour ne consulter que l'inexorable clinique, l'on se trouve en face d'une négation absolue. Jusqu'alors la diathèse syphilitique ne s'est pas *doublée* et la science ne possède pas encore, je vous le répète, un *seul fait* bien avéré d'une syphilis de récidive.

Pour ma part, j'ai appelé de tous mes vœux et j'ai recherché ardemment ces cas de récidive. Car, voyez l'énorme portée qu'auraient de semblables faits. Si la syphilis peut se produire deux fois, c'est donc que l'influence d'une première infection peut s'éteindre, qu'une première diathèse peut s'épuiser; c'est donc que la *vérole peut guérir*, et guérir non seulement dans ses manifestations, mais encore en tant que disposition morbide imprimée à l'économie. Or, vous savez que, jusqu'à ce jour, l'on a regardé cette terrible maladie comme curable *dans ses formes* seulement, mais comme indestructible dans *son fond*. Quelle consolation, Messieurs, ce serait donner à l'humanité que de lui annoncer qu'elle a acquis enfin le droit de guérir absolument de la vérole!

Vidus Vidius qui disait que la vérole accorde des trèves sans jamais faire la paix *(magis inducias facit quam pacem)*; Hunter (1),

non. *On doit trouver pour la syphilis, quoique bien plus rarement, ce qu'on trouve pour la variole et pour la vaccine.* La disposition acquise peut s'*atténuer* et finir par s'*éteindre*. Dans le premier cas, une nouvelle infection générale, devenue possible, produira des accidents constitutionnels *modifiés*, ce qui expliquerait les affections *syphiloïdes* qu'ont admises quelques auteurs, et qui seraient à la syphilis ce que la varioloïde est à la variole. Dans le second cas, une infection nouvelle donnera lieu à la reproduction d'accidents constitutionnels à forme et à succession régulière..... »

Quelle différence existe-t-il donc entre ce langage d'autrefois et la doctrine actuelle? A. F.

(1) « Il est probable que le mercure ne peut guérir que l'action syphilitique *et non la disposition*..... Il prévient l'infection, mais il *ne détruit point la disposition une fois formée*. » (Sixième partie, ch. 1, § 7.)

M. Cazenave (1), et beaucoup d'autres encore, pensent que la diathèse, une fois établie, ne se détruit plus. Quant à moi, pour avoir à mon tour constaté cette triste vérité, *je n'en conclus pas cependant à l'incurabilité absolue de la vérole,* comme on a voulu me le faire dire. Je me demande si la vérole ne pourrait pas guérir, en ne laissant après elle, comme la variole, qu'une modification préservatrice ?

Ce n'est là, à vrai dire, qu'une hypothèse, ou, si vous le voulez, qu'une espérance. Car aucun fait n'est venu jusqu'à ce jour nous démontrer l'extinction de la diathèse.

Bien au contraire, les observations abondent pour prouver que la disposition morbide peut subsister pendant un laps de temps considérable et résister à ce mouvement continu de composition et de décomposition, d'où résulte la rénovation incessante de l'organisme. Je pourrais vous citer, pour ma part, sans parler de la syphilis héréditaire, des exemples de manifestations spécifiques

(1) Voici en quels termes s'exprimait M. Cazenave dans ses leçons cliniques de l'année 1856 :

« Un malade atteint de syphilis primitive peut-il guérir ? Évidemment oui. Certains tempéraments qui réagissent très fort contre le virus peuvent s'en débarrasser tout seuls et sans traitement ; et chez d'autres un traitement rationnel peut arriver au même résultat. Il n'en est plus de même de la syphilis secondaire ; *de celle-ci on ne guérit pas. On a acquis le tempérament syphilitique, il faut vivre ainsi,* comme d'autres vivent avec un tempérament lymphatique, etc. On peut aller jusqu'au bout de sa carrière, la continuer très loin, et s'il ne se montre pas quelque nouvelle manifestation de l'état intérieur, on sera exactement dans la même situation qu'un homme qui aurait un tempérament lymphatique exagéré, qui en aurait souffert pendant un temps, et chez lequel la disposition morbide sommeillerait. Cet homme ne semble plus malade ; mais rien ne dit qu'un nouveau symptôme ne va pas surgir, et il est sans cesse sous le coup de cette menace. Tous les jours nous voyons à Saint-Louis des individus, les uns ayant suivi des traitements complets, les autres ne s'étant jamais traités, qui ont eu des syphilides dix, vingt, trente ans auparavant, qui se croyaient guéris et qui, après cet intervalle, sont repris de nouveaux symptômes. » — (*Moniteur des hôpitaux,* 19 août 1856.)

non douteuses produites à *quarante années* de distance de l'accident originel (1).

Et néanmoins, pardonnez-moi d'insister ainsi sur cette palpitante question, néanmoins, dis-je, en dépit de cette effroyable ténacité de l'influence diathésique, je persiste à ne pas vouloir conclure de ces faits affligeants à l'incurabilité fatale et absolue de la vérole.

Aussi ne saurais-je assez vous engager, Messieurs, à rechercher les faits qui peuvent porter la lumière sur le pronostic définitif de la syphilis, et surtout à les rechercher avec toute la rigueur d'appréciation, toute la sévérité de diagnostic nécessaire à la solution d'un des plus grands problèmes de la pathologie. Mille causes d'erreurs se présenteront sur votre chemin dans cette laborieuse investigation; permettez-moi de vous en signaler brièvement quelques unes des plus insidieuses.

Je ne vous parlerai pas des cas, hélas trop nombreux, où vous

(1) « ..... Je me rappelle un individu à qui des chirurgiens voulaient extirper une tumeur prétendue cancéreuse de la joue. C'était une tumeur gommeuse qui disparut par un traitement antisyphilitique; ce malade était dans mon service en 1848 ou 1849, et il n'avait eu d'autre antécédent vénérien qu'un chancre datant de 1804. C'était donc QUARANTE-QUATRE ANS après les accidents primitifs que de nouvelles manifestations s'étaient produites.... » — (RICORD, Discours à l'Académie de médecine, séance du 11 octobre 1853.)

L'on pourrait multiplier les faits et les citations de ce genre. Ainsi, je trouve dans Fernel le passage suivant : « Recurrit interdùm lues venerea post trigesimum quintum annum, tantoque intervallo morbi fomes quasi sepultus delitescit. » — Voilà donc un réveil de la syphilis après trente-cinq ans, pendant lesquels la diathèse est restée muette!

Guidi, Baglivi, Rosen et tant d'autres encore, ont formulé la même opinion sur la persistance de la diathèse. — L'on voit que la doctrine de la sypihlis larvée a de bons et vieux quartiers de noblesse.

A. F.

n'aurez pour tout témoignage d'une infection antérieure que les assertions toujours incertaines et les souvenirs plus ou moins confus des malades. Évidemment, ce seront là pour vous autant d'observations non avenues.

Accepterez-vous davantage comme preuve d'une infection antérieure un témoignage médical, *ab ore medico ?* Mais vous savez que, pour tel praticien, tout accident *vénérien* constitue la vérole, la blennorrhagie comme les végétations, et les végétations comme le chancre simple ; que, pour tel autre, il n'y a point de diagnostic à établir entre une éruption syphilitique et cette éruption dite *résineuse,* qui succède à l'emploi du cubèbe ou du copahu. Et ainsi de tant d'autres doctrines étranges, contre lesquelles il faudra toujours vous tenir en garde.

Je suppose enfin que *vous-mêmes,* avec les idées que vous avez puisées à cette école, vous soyez appelés à deux reprises à consulter le même malade, et qu'à deux époques différentes vous croyiez reconnaître un chancre induré. Voyons encore les causes d'erreurs qui se présentent à vous dans ce cas tout exceptionnel.

La première infection est-elle bien certaine ? — S'il s'est produit des accidents constitutionnels, nul doute à cet égard.

Mais si le chancre *seul* a été constaté, et qu'un traitement mercuriel ait été administré dès le début, la certitude diminue. Il se peut, en effet, que la nature du chancre, souvent si difficile à bien déterminer exactement, ait été mal jugée, et que le traitement ait été administré en pure perte contre une diathèse qui n'existait point, contre des accidents qui n'avaient pas à se produire.

Autre cause d'erreur. Un chancre induré se produit, puis, à quelques mois et même à quelques *années* d'intervalle (vous savez quelle peut être la persistance de l'induration), un second

chancre se manifeste *sur la cicatrice du premier*. LE NOUVEAU VENU PREND LA BASE DE SON PRÉDÉCESSEUR, en sorte que sous l'ulcération actuelle, vous retrouvez l'ancienne induration. C'est un chancre simple, avec une *base d'emprunt* indurée. Voyez quelle source de confusion !

Mais il y a plus, et ceci ressort d'une observation rigoureuse. C'est que, lorsqu'un nouveau chancre se produit sur une ancienne cicatrice indurée, il réveille, pour ainsi dire, le travail spécifique qui avait donné naissance à l'engorgement initial, et, pardonnez-moi cette expression, *exhume en quelque sorte l'induration primitive !*

Puis, ajoutez ce surcroît de complication. Des accidents constitutionnels se produisent, je suppose, *après chacun* des deux chancres. Les rapporterez-vous également à l'un et à l'autre comme à deux sources d'infection différentes? Pour de certaines écoles, il n'y aurait ici aucun embarras. Chacun des chancres serait l'origine des symptômes qui l'ont suivi.

Mais vous, pathologistes plus sérieux, vous ne ferez pas ce singulier partage. Dans le plus grand nombre des cas, la *nature* même des accidents vous éclairera sur leur véritable source, car les symptômes que vous verrez succéder au second chancre appartiendront en général par leur caractère à une époque plus avancée de la diathèse, à une *vérole plus âgée*. — Voici cependant une condition toute spéciale qui pourrait encore ici troubler vos convictions. Admettez que les deux chancres se soient produits à une courte distance l'un de l'autre, par exemple à une ou deux années d'intervalle. Chacun d'eux est suivi, après quelques semaines, de ces formes d'éruptions *superficielles*, érythémateuses, qui caractérisent d'une façon tellement significative *le début*, *l'exorde* de la diathèse. Ne semble-t-il pas qu'il y ait là entre chacun de ces

chancres et l'éruption qui l'accompagne une relation de *cause à effet?* Rien de plus rigoureux, en apparence, rien de plus acceptable. Et partant, voilà *deux chancres également infectants*, produits à une ou deux années l'un de l'autre, et suivis tous deux des accidents propres à la diathèse, dans l'ordre de manifestation classique, avec les caractères d'âge et de forme les mieux déterminés; conséquemment, voilà deux véroles surajoutées.

Eh bien, non, il n'y a pas là de superfétation. Il n'y a qu'un simple fait de coïncidence. Ce qui s'est produit après le second chancre se serait produit *sans lui*, et n'est, en somme, qu'une conséquence du premier. Il faut bien savoir, en effet, qu'en certains cas qui sont loin d'être rares, les éruptions précoces de la vérole récidivent, avec ou sans traitement, dans le cours des premières années; la roséole peut renaître deux et trois fois dans les quinze, vingt et vingt-cinq premiers mois; les papules muqueuses se reproduisent bien au delà, et très souvent d'une façon fort rebelle. Or, vous comprenez que si, dans cette évolution *normale* de la diathèse, un accident vénérien quelconque, soit par exemple un second chancre, vient à se manifester, il ne constitue qu'une coïncidence et demeure sans action sur le développement des phénomènes. C'est un symptôme surajouté, intercalé, et rien de plus. Ce n'est point une source d'infection nouvelle, ce n'est pas un second germe de diathèse.

Voilà, sans doute, bien des causes d'erreurs; voilà matière à bien des diagnostics erronés! Et cependant, Messieurs, je suis loin de vous avoir signalé toutes les conditions qui peuvent égarer sur ce point le jugement des praticiens les plus expérimentés.

IX.

Que produit l'insertion du pus de chancre induré sur les sujets syphilitiques? — Résultats fournis par la lancette. — Difficulté de l'inoculation. — Caractères du chancre développé dans ces conditions. — Résultats fournis par la contagion. — Deux observations de chancres à base molle développés sur des sujets syphilitiques et provenant de la contagion de chancres indurés.

Le chancre induré ne récidive pas, c'est là ce qu'enseigne l'observation la plus rigoureuse.

Mais je prévois la question qui surgit en votre esprit. Que se produira-t-il dans le cas où un individu bien et dûment vérolé se trouvera au contact d'un chancre induré, dans les conditions favorables à la contagion?

Nous pouvons invoquer ici deux ordres de faits pour résoudre ce problème : les faits d'inoculation artificielle et ceux de contagion physiologique.

Jusqu'à ces derniers temps l'on s'était borné aux résultats fournis par la lancette, préjugeant par voie d'analogie ceux que devait fournir la contagion. Mais aujourd'hui des recherches récentes entreprises sur les rapports de forme entre les symptômes *originels* et les symptômes *transmis*, nous permettent d'aborder directement la question par ses deux faces.

Eh bien! interrogeons en premier lieu l'inoculation.

Voici, je suppose, un sujet syphilitique. Il a contracté un chancre infectant, puis il a présenté consécutivement différents symptômes non équivoques de syphilis constitutionnelle. Dans ces conditions, vous venez à lui inoculer le pus d'un chancre induré. Que va-t-il se produire?

De deux choses l'une : ou bien votre inoculation restera stérile,

sans résultat ; ou bien elle développera un chancre à base molle, analogue, au moins comme aspect et comme forme, au chancre simple.

Je m'explique, et je développe cette double proposition.

C'est un fait d'observation que, dans la majorité des cas, les inoculations faites avec le pus du chancre infectant sur les malades vérolés, ne donnent lieu à aucun résultat. L'insertion du pus *syphilitique* sur des sujets *syphilitiques*, ne produit que rarement la pustule et l'ulcération chancreuse (1).

En général, ces sortes d'inoculations ne provoquent d'autre phénomène local qu'une légère inflammation, tenant, d'une part, au traumatisme produit par la lancette, et, d'autre part, à l'introduction sous l'épiderme d'un liquide irritant; c'est tout au plus si cette inflammation s'accompagne quelquefois de la production de *fausses pustules* qui avortent en naissant.

Mais il n'en est pas ainsi dans tous les cas. Il se peut qu'un *véritable chancre* se développe. — C'est l'ulcération produite dans ces conditions toutes spéciales dont il faut apprécier rigoureusement le caractère.

Or, l'observation clinique la plus attentive a démontré le fait suivant : c'est que le chancre d'inoculation, développé sur les sujets syphilitiques par l'insertion d'un pus recueilli sur un chancre induré, se présente sous l'aspect d'une ULCÉRATION PRIMITIVE A BASE MOLLE, *ulcération entièrement analogue au chancre simple*, comme je vous le disais plus haut, *du moins pour les caractères extérieurs*.

Et j'ajoute :

Si vous suivez ce chancre dans ses différentes périodes, depuis

(1) V. la note VIII (Pièces justificatives).

son origine jusqu'au moment de sa cicatrisation, jamais, à aucune époque, vous ne parviendrez à saisir sous la base de l'ulcération quelque chose d'analogue à l'induration spécifique du chancre infectant.

Ce n'est pas tout encore : si vous explorez les ganglions correspondant à la région sur laquelle le chancre s'est développé, jamais vous n'y constaterez d'altération analogue à celle qu'y développerait un accident primitif de nature infectieuse. C'est vous dire que vous ne retrouverez avec ce chancre ni les pléiades spécifiques, ni cette adénopathie dure et indolente qui accompagne d'une façon si constante l'ulcère induré.

L'absence de ce double signe, induration de la base et retentissement ganglionnaire, différencie de la façon la plus absolue l'ulcération ainsi produite par l'inoculation du pus syphilitique sur un sujet diathésé, du chancre qui lui sert d'origine en fournissant le virus qui la développe. Elle la rapproche, d'autre part, à ne consulter que l'aspect et la forme, de la variété *molle* de l'accident primitif.

Ainsi, Messieurs, l'inoculation itérative du pus d'un chancre induré sur un sujet syphilitique ne produit pas un second chancre induré; elle ne développe qu'une ulcération à base molle.

Ce chancre, produit dégénéré d'un chancre infectant sur un organisme préalablement infecté, a été comparé dans ces derniers temps, soit à la varioloïde, soit à la fausse vaccine. L'on a tenté d'établir que la syphilis pouvait modifier son propre virus, alors qu'elle affecte pour la seconde fois un sujet déjà contaminé; que, se bornant dans cette inoculation itérative à un simple effet local, elle se métamorphosait sur place en une nouvelle entité morbide susceptible de se reproduire et de se propager dans son espèce (1).

(1) V. note 2, page 13.

A l'appui de cette théorie, l'on a invoqué, comme je viens de vous le dire, l'exemple de la variole ou de la vaccine, se modifiant sur les sujets variolés ou vaccinés, en de nouveaux types pathologiques, qui, sortes de germes hybrides, prennent une existence indépendante et des formes spéciales. En un mot, l'on a fait du chancre, résultat de l'inoculation d'un chancre infectant sur un sujet syphilitique, l'analogue de la varioloïde et de la fausse vaccine : d'où la dénomination de chancroïde que lui a donnée l'auteur de cette doctrine, notre élève et ami, le docteur Clerc (1).

(1) « Ce qui constitue l'*essentialité* pour une affection virulente, c'est la propriété que possède cette affection de se reproduire *fatalement dans son espèce* soit par contagion, soit par inoculation artificielle. » — Or, à ce point de vue, l'assimilation du chancre simple à la varioloïde est un rapprochement malheureux, surtout dans la thèse que soutient M. le docteur Clerc.

Il est vrai que dans son mémoire, M. Clerc considère la varioloïde comme « constituant une *véritable* ESPÈCE *pathologique ayant une marche, une durée et une terminaison propres, se transmettant dans son espèce par inoculation.* » Il cite même, à l'appui de cette opinion, les expériences de M. le docteur Guillon, de St-Pol-de-Léon. Mais, d'une part, ces dernières expériences sont formellement contredites par les résultats contraires d'un très grand nombre de médecins qui ont vu *le pus de la varioloïde reproduire la variole par inoculation.* Je ne citerai pour exemples que les faits relatés par M. le docteur Gittermann (*Journal de Hufeland,* 1821), par le médecin italien Sacco (1825), par Heim et Stosch (*Journal de Hufeland,* 1826), par M. Dugat, etc..., *qui tous ont produit la variole chez des sujets non vaccinés, en leur inoculant la varioloïde.* MM. Bourgeois, Honorat, Lafont, Bousquet, Tuefferd, etc., ont vu les mêmes échanges d'éruptions entre les vaccinés et ceux qui ne l'étaient pas. M. Moyne (*Revue médicale,* 1835) a cité l'exemple d'une mère qui, donnant à téter à un enfant vacciné et atteint d'une varioloïde, prit une variole très grave. De même, M. Steinbrenner a rapporté le fait d'une sage-femme qui inocula la varioloïde à cinq enfants non vaccinés, et produisit sur quatre d'entre eux une éruption de variole vraie, bien caractérisée. — MM. Dubois, Cazenave et Schedel admettent également que l'inoculation de la varioloïde produit souvent la variole, etc., etc... — L'on voit, d'après tous ces témoignages, que la

Quelle que soit la valeur de ces vues théoriques, le fait est constant et reste acquis à la science. Non plus que la diathèse, l'*indu-*

transmission de la varioloïde *dans son espèce* est une doctrine complétement inacceptable et inacceptée.

D'autre part, la varioloïde constitue-t-elle une *véritable espèce pathologique*, comme le dit M. Clerc? Cette assertion se trouve encore en contradiction formelle avec les opinions le plus généralement adoptées. « C'est à tort, suivant nous, disent MM. Guersant et Blache, que l'on voudrait faire de cette variété (la varioloïde) une espèce particulière. Il n'y a rien de constant dans les caractères que l'on donne comme la distinguant de la variole, et la variole elle-même est sujette à des modifications infinies, suivant les dispositions individuelles...... Les différences que l'on a signalées entre ces deux affections tiennent à ce que la forme de la maladie dépend plutôt du corps qui la reçoit que de celui qui la donne, comme sembleraient le prouver les exemples de variole confluente produite par la contagion d'une variole discrète, *et vice versâ...* » — « La variole et la varioloïde, dit M. Steinbrenner dans son intéressant *Traité de la vaccine*, ne sont que des *degrés différents d'une seule et même maladie*, comme le démontrent leur mode de propagation, l'observation de leur production réciproque et l'étude des épidémies. »

Je pourrais citer encore, comme adhérents à cette doctrine, la plupart de nos classiques modernes. J'ajouterai seulement que l'opinion de M. Moreau de Jonnès, qui considère la varioloïde comme une maladie *nouvelle et distincte de la variole*, a été très vivement attaquée par un grand nombre d'auteurs du plus grand poids, et repoussée par la commission de vaccine de Paris, qui proclama, en 1826 et en 1828, l'*identité de la varioloïde et de la variole.* — (Steinbrenner.)

A ces différents titres, *tout rapprochement entre la varioloïde et le chancre simple est condamné par l'observation clinique.* — Cela est tellement vrai que l'exemple de la variole et de la varioloïde se trouve précisément invoqué par les partisans de l'unicité du virus en syphilis, pour expliquer par les influences individuelles la diversité des manifestations d'une même maladie, et la possibilité d'une transformation, d'une contagion réciproque.

Ce qui, d'après notre maître, pourrait être plus justement rapproché de la varioloïde, ce serait cette variété de l'accident primitif *confondue par M. Clerc avec le véritable chancre simple*, laquelle, résultant de

ration ne se répète pas sur le même sujet. Un vérolé peut prendre de nouveaux chancres : mais ces chancres ne seront jamais semblables à l'ulcération qui a servi d'origine à la vérole. Voilà le résultat *brut* de la clinique, isolé de toutes les interprétations doctrinales qu'il peut recevoir.

Ce résultat, Messieurs, nous le devons à l'inoculation, cette arme puissante qui, depuis Hunter, a ouvert à notre science tant de voies inabordables. Examinons maintenant si les données qu'elle nous fournit sont conformes à ce que nous apprend la contagion.

Les difficultés inséparables de toutes les recherches sur la contagion augmentent encore et se multiplient par les exigences des questions doctrinales. Voyez, en effet, que de conditions réunies doivent présenter les observations de ce genre pour servir à élucider le grave problème que nous étudions actuellement. Il ne s'agit plus seulement ici de rencontrer deux sujets qui tiennent la contagion l'un de l'autre : il faut, de plus, que ces deux sujets satisfassent à certaines *conditions* toutes particulières. Il faut que l'un d'eux, antérieurement à la contagion actuelle, ait éprouvé différents accidents de syphilis, et *cela d'une façon non équivoque ;* que l'autre, au contraire, vierge de tout antécédent suspect, porte actuellement un chancre bien et dûment induré.

Aussi, Messieurs, est-il extrêmement rare de trouver un *couple infecté* qui se présente à l'observation avec cet ensemble de circonstances. Et comme les recherches sur la contagion, comme les confrontations des malades infectés l'un par l'autre sont de date toute récente, vous comprendrez facilement que la science soit encore

l'inoculation d'un *chancre infectant* sur un *sujet diathésé,* transmet à son tour sur un sujet vierge un chancre infectant. — Il en sera question plus loin, dans le cours de ces leçons.

A. FOURNIER.

pauvre sur ce point. Pour ma part, je n'ai, jusqu'à ce jour, que deux faits à vous citer, deux faits observés cette année même, et que MM. A. FOURNIER et CABY, attachés à cette question de la contagion du chancre, ont eu l'heureuse chance de rencontrer.

Voici ces deux observations :

L'un de mes anciens malades, que j'avais traité pendant plusieurs mois dans mon service, en 1843, pour un chancre induré suivi d'accidents constitutionnels (roséole, plaques muqueuses buccales ; adénopathie cervicale postérieure, alopécie), eut des rapports avec une fille publique dans le courant de mai 1856. Il y avait, au minimum, *deux mois* à cette époque que notre malade n'avait vu d'autre femme.

Quelques jours après le coït, un double chancre se manifesta sur le prépuce, l'un sur la face cutanée et l'autre sur la face muqueuse de cet organe.

Le malade ne fit pas de traitement dans les premiers jours. — Lorsqu'il se présenta à notre examen, les chancres dataient de dix jours environ. Ils présentaient la largeur d'une pièce de cinquante centimes ; leur base était exempte de toute dureté ; elle était même remarquablement souple, dépourvue de toute rénitence inflammatoire.

Les glandes de l'aine gauche étaient légèrement tuméfiées et douloureuses.

Le diagnostic ne fut douteux pour personne. Il s'agissait bien ici de *chancres simples, au moins pour les caractères extérieurs*, restriction que je ne me lasse pas de répéter, et dont vous comprendrez bientôt toute l'importance.

Ces chancres se cicatrisèrent sans accidents sous l'influence de simples pansements au vin aromatique. L'adénite céda rapide-

ment. — Aucune médication générale ne fut prescrite. Le malade, attentivement suivi, n'a présenté jusqu'à ce jour aucun accident nouveau de syphilis.

Pendant que nous guérissions notre malade au Midi, mon interne recherchait et trouvait la femme qui nous était indiquée comme origine de la contagion. Or, savez-vous ce qu'il constatait sur cette femme? Un chancre induré type de la grande lèvre, avec une induration énorme, chondroïde. Ce chancre, au dire de la malade, remontait déjà à plusieurs semaines. Il s'accompagnait d'une adénopathie spécifique des mieux caractérisées; il fut suivi d'accidents constitutionnels.

Voilà donc, en résumé, un sujet syphilitique qui reçoit un *chancre à base molle* d'une femme affectée d'un chancre induré; voilà, en d'autres termes, une inoculation de chancre induré produisant un chancre mou sur un sujet préalablement vérolé.

Ce fait confirme, comme vous le voyez, ce que je vous disais, il y a quelques instants, des résultats de l'inoculation artificielle.

Passons à la seconde observation.

La fille L..., âgée de 17 ans, fut affectée, en juin 1856, d'un *chancre induré*, qui s'accompagna d'une adénopathie inguinale à ganglions multiples, durs et indolents. Elle ne suivit que pendant quelques semaines le traitement mercuriel. — En septembre, une *roséole* confluente lui couvrit le corps; les cheveux commencèrent à tomber, et une double adénopathie cervicale se manifesta (1).

L'infection n'était donc pas douteuse de ce côté.

Or, dans les derniers jours de juin, l'un de mes anciens ma-

(1) Cette malade a été observée à Saint-Lazare, dans le service de M. Delamorlière.

lades, que j'avais traité en 1842 pour un chancre infectant suivi d'accidents constitutionnels, eut des rapports avec cette fille L..., et contracta un double chancre de la verge, l'un sur le frein, l'autre sur le prépuce. Ces deux chancres restèrent *absolument dépourvus d'induration;* leur base demeura souple. Les ganglions inguinaux ne furent point affectés, et, en l'absence de toute médication spécifique, aucun accident constitutionnel ne se manifesta.

Ce deuxième fait est l'analogue du précédent. C'est encore un chancre à base molle que produit sur un sujet vérolé la contagion d'un chancre induré (1). — Notez, de plus, cette particularité curieuse, et qui a bien aussi sa signification : c'est que, ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux observations, nous ne voyons les chancres s'accompagner de ce bubon si caractéristique, qui, vous le savez, se produit *fatalement* à la suite de l'accident primitif infectieux, et annonce au même titre que l'induration chancreuse l'irradiation du virus dans l'économie.

(1) En faisant quelques recherches sur ce sujet, j'ai rencontré dans une thèse de Paris (1854) une très remarquable observation qui vient non seulement s'ajouter aux deux faits cités par M. Ricord, mais encore fournir une confirmation nouvelle à la doctrine avancée précédemment par notre maître.

Voici le résumé de cette observation véritablement exceptionnelle :

Deux jeunes gens ont commerce le *même jour* avec une femme affectée de CHANCRE INDURÉ, et *chez laquelle se développèrent consécutivement des accidents de syphilis constitutionnelle.*

L'un d'eux se trouvait, à cette époque, *sous le coup d'une infection antérieure;* c'était un sujet *syphilitique.* Il contracta avec cette femme un CHANCRE A BASE MOLLE, qui subit la déviation phagédénique.

Le second, *vierge de tout accident syphilitique antérieur,* prit un CHANCRE INDURÉ, lequel s'accompagna de pléiades ganglionnaires caractéristiques, et fut suivi des *accidents constitutionnels* de la syphilis.

Ce fait appartient à M. le docteur L. Maratray (de Nevers).

A. FOURNIER.

Non seulement ces deux faits sont conformes entre eux et parlent dans le même sens ; mais, de plus, ils s'accordent avec les données de l'expérimentation : en sorte que ces deux ordres de recherches, inoculation et confrontation des malades, aboutissent en définitive à des résultats, qui, se prêtant une confirmation réciproque, permettent d'établir d'une façon certaine la proposition suivante :

Le pus du chancre infectant ne produit sur un organisme préalablement infecté qu'un chancre à base molle, analogue d'aspect et de forme au chancre simple.

Mais ce chancre à base molle, produit hybride d'une diathèse préexistante et d'un chancre induré, est-il dans *sa nature intime*, aussi bien que dans ses caractères extérieurs, l'analogue du *chancre simple* dont je vous ai entretenu au commencement de ces leçons ? Cette question, Messieurs, m'amène à vous parler, au préalable, de l'origine et de la transmission du chancre induré.

X.

De la CONTAGION DU CHANCRE INDURÉ. — Doctrine ancienne. — Recherches nouvelles. — Dissidences. — Nécessité d'un retour à l'observation. — Nouveaux faits de la clinique du Midi. — Cinquante-neuf exemples de contagion du chancre induré.

Vous savez, Messieurs, quelles étaient mes premières croyances au sujet de la transmission du chancre en général. Je plaçais dans les réactions individuelles dépendant des tempéraments, des constitutions et des idiosyncrasies, la raison des modalités différentes de la maladie, la cause de l'infection ou de la non-infection générale. Considérant le chancre comme une graine unique, j'attri-

buais à des conditions de terrain les différences de ses manifestations.

C'était là, du reste, l'opinion de Hunter. « L'expérience nous apprend, disait ce grand maître, que *le pus vénérien ne présente pas des espèces diverses, et qu'aucune différence ne peut être produite dans la manifestation de la maladie par une différence de force dans la matière purulente*. Le même pus exerce sur divers sujets des actions complétement dissemblables, *dont la diversité même dépend de la constitution et de l'état général de l'économie au moment de l'infection* (1). »

J'adoptai et je soutins longtemps cette doctrine. Je dois avouer aujourd'hui que le temps et l'observation ont ébranlé sur ce point mes opinions premières. Après avoir trop accordé à la puissance modificatrice du terrain, j'en suis venu à cette conviction qu'il faut également faire à la graine sa part d'influence; en d'autres termes, je serais volontiers disposé à admettre (sans vouloir néanmoins m'engager sur ce point d'une façon absolue) qu'un chancre prend telle ou telle forme, non pas seulement à cause de certaines dispositions particulières à l'individu qui le contracte, mais encore en raison de la source à laquelle il a été puisé, en raison, si vous voulez me permettre le mot, du chancre qui lui sert d'*ascendant*.

Ce rapport entre les accidents présentés par les sujets qui tiennent la contagion l'un de l'autre, je l'avais sans doute remarqué depuis longtemps (2). Dans un certain nombre de cas, en effet, où

(1) *Du virus syphilitique*, ch. 1, § IV. (De l'acrimonie plus ou moins grande du virus.)

(2) Peut-être serait-ce à Bell qu'il faudrait rapporter l'honneur d'avoir signalé le premier, d'une façon très expresse, le rapport qui unit l'accident originel à l'accident transmis. C'est à propos du phagédénisme que le célèbre chirurgien d'Edimbourg a émis cette idée. — Je citerai *in*

j'avais eu l'occasion d'examiner conjointement les *couples contaminés*, j'avais toujours constaté une singulière analogie de forme entre les symptômes des malades infectés et de ceux qui leur avaient transmis la contagion. Mais il est si rare, à moins de recherches spéciales, d'avoir à consulter des malades qui se trouvent dans ces conditions, il est si rare surtout d'obtenir une certitude complète sur les circonstances précises et rigoureuses dans lesquelles la contagion s'est produite, que je n'attachai qu'un minime intérêt à mes premières observations. Je ne m'y arrêtai donc point tout d'abord. Mais survint plus tard l'épidémie de syphilisation, qui me montra (résultat bien éloigné sans doute du but et des intentions des syphilisateurs) qui me montra, dis-je, *expérimentalement* cette relation constante, presque fatale, entre l'accident transmis par la lancette et l'ulcération sur laquelle était

extenso ce remarquable passage, qui semble contenir le germe de la doctrine moderne sur la contagion du chancre.

« Ces progrès rapides des chancres (à forme phagédénique) dépendent en général, à ce que l'on croit, de la constitution particulière des malades; néanmoins, je soupçonne, d'après les faits suivants, que CES VARIÉTÉS SONT QUELQUEFOIS L'EFFET DU VIRUS. Les chancres de ce genre sont bien plus communs dans certains temps que dans d'autres, et *je les ai observés dans le même temps sur différents individus infectés par la même femme.* Il y a deux ans environ, j'ai rencontré beaucoup plus de ces chancres phagédéniques en trois ou quatre mois que je n'en avais vu auparavant dans le cours de plusieurs années : *quatre malades les avait gagnés de la même femme.* Chez tous, les chancres parurent de bonne heure; ils firent des progrès extrêmement rapides; trois ou quatre jours même après qu'ils se furent manifestés, il en résulta des hémorrhagies fort embarrassantes; et dans une petite ville où je fus appelé dernièrement pour une hémorrhagie de ce genre, le chirurgien ordinaire me dit que depuis peu de semaines il avait vu *trois malades attaqués des mêmes symptômes, également infectés par la même femme.* » — (*Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, trad. de Bosquillon, tome II, section 2, § 2. *Des chancres.*)

A. F.

recueilli le pus servant à l'inoculation. Les exemples ne furent alors que trop nombreux; en sorte que, dès cette époque, j'émis cette opinion « que les différentes formes de la maladie pourraient bien ne pas tenir seulement aux conditions de l'individu sur lequel la cause agit, mais *à des différences de causes et de virus* (1). »

L'intérêt doctrinal qui s'attachait à cette question ne manqua pas de provoquer des recherches spéciales sur la contagion et la propagation du chancre dans chacune de ses variétés. M. Bassereau s'engagea l'un des premiers sur cette voie encore inexplorée, et vous savez déjà quels furent les résultats de ses laborieuses investigations. Seulement, il eut plutôt en vue d'établir dans son travail l'infection ou l'immunité parallèle des sujets contagionnés l'un par l'autre que de comparer *dans leur forme initiale* les chancres des sujets contaminés. Aussi tout un côté de la question lui a-t-il échappé (2). Mais je réserve actuellement ce point difficile et litigieux; j'y reviendrai bientôt à propos des caractères du chancre à base molle des sujets syphilitiques.

M. Clerc admet, comme M. Bassereau, la transmission du chancre infectant dans son espèce; mais je crains qu'il n'ait cité à l'appui de son opinion qu'un nombre d'observations trop res-

(1) Cette opinion se trouve du reste exprimée en des termes presque identiques dans les *Lettres* de M. Ricord (lettre XXXIII).

(2) M. Bassereau a relaté dans son livre sur les *Affections de la peau symptomatiques de la syphilis* DOUZE observations dans lesquelles il a eu l'occasion de confronter les malades infectés l'un par l'autre.

De ces douze observations, il en est *sept* dans lesquelles la forme de l'accident initial (chancre induré) est déterminée rigoureusement de part et d'autre; il en est *une* dans laquelle l'existence d'un chancre antérieur à l'infection est seulement signalée, sans que l'auteur insiste sur la forme de l'accident initial; enfin dans les *quatre* dernières, M. Bassereau n'a eu l'occasion que de constater parallèlement les accidents constitutionnels développés sur ses malades, sans assister au développement du chancre.

A. F.

treint pour porter une entière conviction dans l'esprit de ses lecteurs (1).

L'école de Lyon a mis également cette question à l'étude. MM. Diday, Rodet et Rollet sont enclins à conclure, d'après les résultats de leur expérience personnelle, que chacune des variétés du chancre se transmet *isolément* dans son espèce (2).

Jusqu'ici l'accord est parfait. Mais voici qu'à Marseille, l'un de mes anciens élèves, aujourd'hui chirurgien distingué de cette ville, proteste contre cette division de la syphilis en deux espèces nosologiques indépendantes. Champion zélé de l'unicité du virus, M. Melchior Robert nie cette relation *forcée* du chancre avec le chancre qui l'a fourni ; d'après lui, les deux espèces se croisent fréquemment, et, en somme, les différentes variétés de l'accident primitif doivent être considérées simplement « comme les manifestations d'un même principe *dont les effets variés tiennent à des conditions étrangères au virus* » — et par conséquent à la contagion (3).

(1) Le mémoire de M. Clerc sur le chancroïde ne contient, en effet, que *six* observations relatives à la transmission du chancre infectant. — Encore, dans ces six cas, M. Clerc n'a-t-il pas toujours assisté au développement de l'accident primitif.

(2) Les opinions de l'École de Lyon ont été reproduites par M. Ach. Dron, dans une thèse récente d'un grand intérêt. (*Du double virus syphilitique*, Paris, 1856.) A. F.

(3) Dans un mémoire postérieur à ces cliniques (*Faits et considérations cliniques à l'appui de l'unicité du virus chancreux*), M. le d[r] Melchior Robert relate quatre observations relatives à la transmission du chancre, qui tendent à établir le *croisement* des deux espèces de l'accident primitif comme un fait sinon fréquent, au moins *possible*.

Dans l'obs. n° 1, c'est un sujet affecté d'un chancre induré de la verge, suivi d'accidents constitutionnels, qui transmet à sa maîtresse plusieurs chancres serpigineux de l'anus, lesquels n'entraînent après eux aucun symptôme d'infection générale.

L'obs. n° 2 est beaucoup plus originale et soulève un point de doctrine

Au milieu de ces dissidences, presque inévitables dans une question aussi complexe et difficile que celle dont nous traitons

tout nouveau, je veux parler de l'influence du siége sur l'induration. Voici le fait en abrégé. — Un malade affecté d'un chancre du frein et d'un bubon spécifiquement suppuré (chancre ganglionnaire) s'inocule accidentellement le pus de son chancre sur la lèvre supérieure. Survient un chancre labial qui s'*indure*, et est suivi, à un mois d'intervalle, d'une roséole syphilitique.

La troisième observation est relative à un malade non syphilitique, qui reçoit un chancre simple d'une femme affectée d'un chancre infectant, et qui transmet à son tour un chancre infectant à une seconde maîtresse.

Enfin, dans la quatrième observation, M. Melchior Robert rapporte l'histoire de trois jeunes gens qui contractèrent des chancres avec la même femme. Sur deux d'entre eux, les chancres s'indurèrent et furent suivis de vérole; sur le troisième, le chancre devint phagédénique, et se cicatrisa sans laisser de trace d'induration.

D'après ces faits, et d'après d'autres considérations exposées *in extenso* dans son travail, M. Melchior Robert arrive aux conclusions suivantes :

1° Le chancre infectant reconnaît *ordinairement* comme origine un chancre infectant, de même que la variole remonte à une variole; mais il se peut qu'un chancre infectant détermine *par exception* un chancre simple sur un individu sain, et cela en vertu de conditions individuelles qu'il n'est pas possible de préciser; de même que la variole peut se borner à développer la varioloïde sur un individu non vacciné.

2° Le chancre simple peut se communiquer dans son espèce pathologique pendant un temps variable qui dépend des conditions individuelles et du siége de l'inoculation; mais les conditions et le siége aidant, il recouvre la propriété d'infection et se comporte comme le chancre induré. En d'autres termes, la propriété infectante n'est pas interdite au virus du chancre simple.

Telle est, en résumé, l'opinion développée par M. Robert, opinion qui n'est, en définitive, que la doctrine ancienne, mitigée, pour ainsi dire, par quelques amendements de conciliation. D'une part, en effet, cette théorie reconnaît l'influence du chancre ascendant sur le chancre transmis (doctrine nouvelle); et d'autre part, elle invoque l'influence modificatrice du terrain pour expliquer la modalité variable de la maladie sur les différents sujets (doctrine ancienne). — C'est donc là, je le répète avec mon maître, une véritable *théorie de conciliation*. A. FOURNIER.

actuellement, j'ai voulu, de mon côté, recourir de nouveau à l'observation et soumettre toutes les théories à une analyse rigoureuse des faits cliniques. Dans le courant de cette année, j'ai donc fait entreprendre une série de recherches sur la contagion, recherches dont je vous ai entretenus précédemment et dont vous connaissez déjà les résultats pour la partie relative à la transmission du chancre simple. Il me reste à vous apprendre ce qu'elles nous ont fourni au sujet du chancre infectant.

Il y a, comme vous le savez, deux modes différents pour étudier la propagation des chancres : l'on peut remonter du sujet infecté au sujet infectant, c'est-à-dire *réunir les couples* contaminés, ou bien, ce qui n'est pas moins intéressant ni moins démonstratif, suivre la transmission sur plusieurs sujets ayant puisé l'infection à la même source.

Nous avons pris la question sous ces deux faces, et voici les résultats que nous a fournis cette double investigation.

Cinquante-neuf observations rassemblées par mon interne actuel (1), et la plupart contrôlées et confirmées soit par vous et par moi, soit par ceux de nos collègues qui ont bien voulu nous prêter assistance dans ces recherches, nous montrent la similitude des accidents développés de part et d'autre chez les sujets qui reçoivent l'infection et ceux qui la transmettent. Dans tous les cas où nous avons pu remonter à l'origine d'un chancre induré, nous avons toujours rencontré un accident de même nature, ***au moins lorsque la contagion était transmise par un sujet vierge d'infection antérieure***. Dans tous les cas où nous avons suivi la transmission du chancre sur plusieurs malades ayant puisé l'infection à la même source, nous avons toujours constaté le même symp-

(1) J'ai reproduit ces observations dans la note X (Pièces justificatives).
A. F.

tôme sur les différents individus contaminés, c'est-à-dire le chancre infectant suivi chez tous des accidents de la syphilis constitutionnelle. — Jamais cette *loi de relation* n'a trouvé un seul démenti; pas une exception ne s'est produite; pas un fait contradictoire n'est venu jeter le doute sur cette doctrine nouvelle de la *transmission du chancre infectant dans son espèce.*

Quelques-unes de ces observations, que vous avez pu suivre dans mon service, sont véritablement de nature à *commander* la conviction. Je vous les rappellerai succinctement (1) :

(1) Voici, en détail, les observations que M. Ricord a bien voulu citer. — L'importance des questions doctrinales auxquelles elles se rattachent en fera, je l'espère, excuser l'étendue.

Obs. I. — La fille P... (Clémence), contracte un chancre vers la fin de janvier 1856. Elle le communique presque immédiatement à deux jeunes gens qui se partageaient ses faveurs, les nommés D... (Etienne) et V... (Auguste). — Le père de ce dernier, vieillard de 73 ans, a des rapports avec cette fille dans le courant de février : il prend également un chancre.

J'ai pu obtenir des aveux complets de ces quatre malades et suivre sur chacun d'eux le développement de la maladie, comme il suit :

I. — P... (dite Clémence), 23 ans. — Constitution robuste. — Tempérament sanguin.

Première affection vénérienne, au dire de la malade.

Vers les derniers jours de janvier, cette fille reconnut l'existence d'un « *gros bouton dur et ulcéré* » siégeant sur la grande lèvre gauche. — Cette ulcération ne se cicatrisa que vers le milieu d'avril environ. — Quelque temps après l'apparition de ce bouton, de grosses glandes s'étaient manifestées dans l'aine gauche. — La malade ne s'est soumise à aucun traitement.

Je constate sur elle, dans le courant de mai :

Cicatrice brunâtre, arrondie, et véritablement spécifique, sur la face cutanée de la grande lèvre gauche. La base de cette cicatrice est encore doublée d'une induration très appréciable.

Adénopathie bi-inguinale, dure, multiple, indolente, peu caractérisée à droite, très bien formulée à gauche.

Plaques muqueuses des grandes et des petites lèvres.

La fille C... contracte un chancre de la vulve en janvier 1856; ce chancre s'*indure* et s'accompagne d'une adénopathie bi-inguinale, dure, multiple, indolente; surviennent à quelques mois d'intervalle des accidents constitutionnels : adénopathie cervicale; roséole; plaques muqueuses de la vulve, de la langue et des lèvres.

Cette fille, qui vivait avec le nommé D... R..., lui communique un chancre. Ce chancre s'*indure* également et provoque le développement d'une adénopathie inguinale spécifique. Puis des accidents secondaires éclatent : roséole; alopécie; éruption croûteuse

Roséole érythémateuse, au déclin.
Adénopathie cervicale postérieure.

II. — D... R... (Etienne), 27 ans. — Constitution moyenne. — Sujet lymphatique.

Pas d'antécédent vénérien.

R... vivait avec la fille Clémence depuis trois semaines, sans avoir eu de rapports avec d'autre femme *depuis un mois*, lorsque, dans la première semaine de février, il s'aperçut d'une petite ulcération siégeant sur sa verge au niveau de la rainure glando-préputiale. — Il s'abstint de tout coït depuis cette époque. — L'ulcération grandit en restant indolente.

Le malade ne se présenta qu'en mars à la consultation du Midi, où je constatai, avec M. Ricord, l'état suivant :

Chancre induré type de la rainure glando-préputiale.

Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente, bien caractérisée dans les deux aines.

Un traitement mercuriel fut immédiatement prescrit. Mais le malade ne s'y soumit que pendant quelques semaines.

Le 23 mai, il entra au Midi dans l'état suivant :

Cicatrice indurée du chancre. — Adénopathie bi-inguinale persistante.

Roséole papuleuse confluente, datant de quelques semaines.

Céphalée.

Eruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie. — Adénopathie bi-cervicale. — Plaques muqueuses gutturales.

Le traitement mercuriel fut suivi, sans nouvel accident, du 24 mai au 10 août.

Depuis cette époque, je revis le malade à plusieurs reprises à la con-

du cuir chevelu; adénopathie cervicale postérieure; plaques muqueuses labiales, etc...

Presque à la même époque (janvier 1856), la même fille a de nouveaux rapports avec deux autres individus, l'un jeune homme de 29 ans, l'autre vieillard de 73 ans, père du précédent.

Ces deux nouveau-venus contractent des chancres; ces chancres s'*indurent* encore, et sont suivis tout d'abord de l'adénopathie spécifique, puis, plus tard, des accidents constitutionnels, à savoir :

Pour le jeune homme : syphilide papuleuse; — alopécie; —

sultation du Midi, et je constatai sur lui successivement : en septembre, plaques muqueuses labiales; — en octobre, plaques muqueuses labiales et linguales; — enfin, en décembre, syphilide ecthymateuse.

II. — V... (Auguste), 20 ans. — Lymphatique.

Blennorrhagie en 1855, sans accident.

Rapports avec la fille Clémence dans la dernière semaine de janvier. Coït antérieur datant du 1er janvier. — Pas de coït consécutif.

Chancre reconnu par le malade dans les premiers jours de février. — Pour traitement, quelques lotions d'eau de guimauve.

En mars, traitement mercuriel prescrit par M. Ricord à la consultation. — En mai, état actuel : Cicatrice indurée du chancre, sur la rainure glando-préputiale. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente.

Syphilide papuleuse, dont le début remonte à un mois.

Plaques muqueuses buccales confluentes, datant de cinq semaines.

Alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Angine. — Céphalée.

Traitement mercuriel. — Guérison rapide des accidents.

Pas d'accident nouveau jusqu'à la date du 25 août.

III. — V..., âgé de 73 ANS, — (père du malade précédent).

V... eut un seul rapport en février avec la maîtresse de son fils. (Il y avait plusieurs années qu'il n'avait pas vu de femme.)

Quelques jours après apparurent quelques boutons sur la face inférieure du fourreau de la verge. Ces boutons se recouvrirent de croûtes à plusieurs reprises, en tardant beaucoup à se cicatriser.

adénopathie cervicale; — céphalée; — angine; — plaques muqueuses de la bouche.

Pour le vieillard : roséole papuleuse; — plaques muqueuses amygdaliennes; — plaques muqueuses des bourses; — éruption ecthymateuse du cuir chevelu; — céphalée.

En résumé, voilà un chancre *induré* suivi de symptômes généraux, qui se transmet à trois sujets vierges d'infection antérieure, sous forme de *chancre induré*, également suivi, chez ces trois malades, d'accidents constitutionnels!

L'observation suivante n'est pas moins concluante.

Dans le courant d'avril, éruption cutanée généralisée; angine; céphalée; violente inflammation oculaire. — Pas de traitement.

Je vis le malade dans le cours de mai, seulement, et je constatai l'état suivant :

Perte absolue des forces; prostration. — Intelligence très nette.

Chancres parcheminés, du fourreau (face inférieure), en voie de cicatrisation. Base nettement indurée.

Quelques ganglions petits, durs et indolents dans les aines; je remarque toutefois que l'adénopathie est *faiblement accusée.*

Roséole papuleuse confluente du tronc et des membres.

Plaques muqueuses des bourses.

Plaques muqueuses des amygdales. — Angine violente.

Éruption ecthymateuse du cuir chevelu. — Alopécie *par bouquets* des parties de la tête que l'âge a respectées.

Pas d'adénopathie cervicale.

Ophthalmie violente. — Globes oculaires très rouges, très vascularisés. — Vue presque abolie. — (Le malade est dans un tel état de souffrance, que je ne puis prolonger cet examen.)

Mort dans le mois suivant.

OBS. II. — I. La fille P..., âgée de 19 ans, lymphatique, contracte en novembre 1855 deux CHANCRES A BASE INDURÉE, siégeant près de la fourchette. Ces chancres s'accompagnent à quelques jours d'intervalle d'une adénopathie bi-inguinale dure, multiple et indolente. — Pas de traitement sérieux.

Les chancres se cicatrisèrent très lentement, cette fille n'ayant point interrompu sa vie de débauche.

La femme P... prend des *chancres indurés* en novembre 1855. Survient presque immédiatement une adénopathie bi-inguinale à gros ganglions durs, indolents. Puis, suivant la règle, apparaît dans les mois qui suivent la série des accidents constitutionnels : roséole, plaques muqueuses, alopécie, adénopathie cervicale postérieure, angine spécifique, et, enfin, chorée de nature probablement syphilitique.

En décembre, cette femme communique un chancre à son amant R..., lequel, pour le dire en passant, avait été affecté plusieurs années auparavant de chancres simples qui n'avaient

En décembre, *roséole* érythémateuse.

15 janvier. Chancres persistants (période d'état). — Adénopathie bi-inguinale spécifique. — *Plaques muqueuses* gutturales. — Alopécie.

En février, chancres toujours persistants, mais en voie de réparation. — *Plaques muqueuses* labiales. — *Plaques muqueuses* de la vulve.

En mai, chorée.

(Obs. comm. par M. Poisson, interne des hôpitaux.)

II. — R... (Émile), 24 ans. — Tempérament bilieux. — Constitution moyenne.

Antécédents vénériens : En 1851, plusieurs chancres, avec bubon suppuré, traités par M. Ricord comme *chancres simples*, c'est-à-dire sans médication mercurielle. — Nul accident consécutif.

Ce jeune homme vivait depuis plusieurs mois avec la fille P... *sans avoir de rapports avec d'autres femmes,* lorsqu'il contracta un chancre et une blennorrhagie en décembre 1855. — Ce chancre fut d'abord traité comme INDURÉ par M. Clerc, *qui prescrivit la médication mercurielle;* — puis en janvier par M. Ricord, qui ordonna la continuation du même traitement.

Je vis le malade seulement à la date du 8 avril, époque à laquelle je constatai l'état suivant :

Cicatrice du chancre, sans induration. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente.

Roséole papuleuse, datant de plusieurs semaines.

Plaques muqueuse des lèvres. — Angine. — Balano-posthite secondaire.

entraîné à leur suite aucun accident de syphilis. Le nouveau chancre *s'indure* et le malade est bientôt amené au Midi par les symptômes suivants : roséole papuleuse, plaques muqueuses labiales et linguales, balano-posthite secondaire, éruption croûteuse du cuir chevelu, adénopathie bi-cervicale, angine spécifique.

Mais ce n'est pas tout : le 25 et le 26 janvier, la même femme avait encore doté de ses dangereuses faveurs les nommés F... et V..., vierges jusqu'alors de tout accident syphilitique. — Or, voici ce qui advint :

F... prit trois chancres *indurés* accompagnés d'un double bubon

Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure.

Traitement mercuriel suivi jusque vers les premiers jours de mai. — A la fin du même mois, apparition de *plaques muqueuses confluentes à l'anus.*

Le 25 et le 26 janvier, la fille P... eut de nouveaux rapports avec les nommés F... et V..., qui, à cette époque, n'avaient pas vu de femmes, l'un depuis six semaines, et l'autre depuis deux mois et demi. L'un et l'autre contractèrent des chancres. Voici leur histoire en quelques mots :

III. — F..., 18 ans ; — constitution robuste.

Aucun accident vénérien antérieur.

Rapport avec la fille P... le 25 janvier. — Pas de coït consécutif. — Le 30, M. Puche constate l'existence de plusieurs chancres *à base résistante,* siégeant sur le prépuce et le gland. Dans les jours qui suivent, l'induration de la base se formule davantage, et les pléiades inguinales se déclarent.

Le malade entre dans le service de M. Ricord le 22 avril.

État actuel : TROIS CHANCRES INDURÉS en voie de réparation. — Adénopathie bi-inguinale spécifique.

Plaques muqueuses amygdaliennes. — Angine.

Syphilide papuleuse. — Papules granulées des ailes du nez. — Céphalée nocturne. — Douleurs rhumatoïdes. — Alopécie.

Traitement mercuriel. — (Le malade quitte prématurément l'hôpital.)

inguinal spécifique. A ces chancres, succédèrent dans le délai normal les manifestations constitutionnelles suivantes ; roséole papuleuse ; plaques muqueuses de l'anus, du scrotum et de la bouche ; angine; éruption croûteuse du cuir chevelu, confluente; alopécie; adénopathie cervicale très caractérisée; céphalée nocturne; douleurs rhumatoïdes nocturnes; papules granulées des ailes du nez, etc...

V... contracta également des *chancres indurés*, accompagnés de même d'une adénopathie bi-inguinale spécifique. A quelques mois d'intervalle, la vérole se confirma par les accidents constitutionnels : roséole, plaques muqueuses buccales, céphalée, douleur sous-sternale, etc.

Voici encore une observation des plus curieuses :

Mon interne a été assez heureux pour réunir, sous nos yeux, SIX

En août : Plaques muqueuses confluentes du fourreau de la verge et du scrotum. — Plaques muqueuses hypertrophiques de l'anus.

Plaques muqueuses confluentes des lèvres, de la langue et de l'isthme du gosier. — Angine. — Éruption croûteuse du cuir chevelu, confluente. Adénopathie cervicale très caractérisée.

IV. — V... (Victor), 20 ans. — Lymphatique.— Constitution très chétive.

Blennorrhagie il y a deux ans, sans accident.

Rapport avec la fille P... le 26 janvier.—Apparition de deux chancres à quelques jours d'intervalle. — Pas de coït consécutif.

Ces chancres furent d'abord traités par M. Puche, qui prescrivit le traitement mercuriel. Je ne vis le malade que quelques jours après M. Puche, à la consultation, et je constatai l'état suivant :

CHANCRES INDURÉS de la rainure glando-préputiale. — Adénopathie bi-inguinale dure, indolente, multiple.

Le 16 avril, *roséole érythémateuse* confluente.

12 mai. *Plaques muqueuses* buccales. — Adénopathie cervicale postérieure. — Céphalée. — Douleur sous-sternale.

A. FOURNIER.

individus ayant puisé l'infection à *la même source,* et cela dans des conditions telles qu'il était impossible de mettre en doute l'origine identique de la contagion. La femme, il est vrai, nous a échappé; mais les six victimes nous restaient pour nous permettre d'étudier la relation des accidents.

Eh bien, encore ici, nous voyons l'identité d'origine se traduire par l'identité du symptôme initial et des manifestations consécutives.

Écoutez, en effet, ce qui a été observé sur chacun de ces six malades (1) :

Sur le premier (l'on a eu soin de les classer par ordre chrono-

(1) Observation : SIX INDIVIDUS CONTAGIONNÉS PAR LA MÊME FEMME. MÊME FORME D'ACCIDENT PRIMITIF ET INFECTION CONSTITUTIONNELLE CHEZ CES DIFFÉRENTS SUJETS.

Dans le cours de quelques mois, il nous est arrivé à l'hôpital du Midi, pour des chancres indurés suivis d'accidents de syphilis constitutionnelle, *huit* individus qui disaient tenir l'infection de la même femme. — De ces huit malades, il en est *six* seulement sur lesquels l'*origine* de la contagion ne pouvait être mise en doute, comme on le verra dans le courant de cette observation. Les deux autres ont dû être exclus, et je n'en dirai qu'un mot, en terminant.

Quant à la femme, dont l'histoire aurait complété cette intéressante observation, j'ai le regret de dire qu'elle nous a échappé, malgré d'actives recherches et malgré les démarches de mon collègue de St-Lazare près des médecins du Dispensaire.

Voici seulement ce qu'il m'a été permis de constater sur nos malades du Midi :

I. — D... Henri, 18 ans. — Tempérament lymphatique. — Constitution faible.

Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Blanche à la date du 20 juin environ *(Coït antérieur remontant à un an. — Pas de coït consécutif.)*

Double chancre apparu quelques jours après. — Pour traitement, simples lotions émollientes.

État actuel, 12 août :

logique de contagion), *double chancre induré* de la rainure glando-préputiale; adénopathie bi-inguinale spécifique, multiple et indolente; — roséole érythémateuse; plaques muqueuses du gland et du prépuce; plaques muqueuses des amygdales; adénopathie cervicale postérieure; céphalée.

DOUBLE CHANCRE INDURÉ de la rainure glando-préputiale, inférieurement. Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente, bien caractérisée dans les deux aines.

Traitement mercuriel continué pendant deux mois, sans accident. — Le malade quitte l'hôpital, et nous ne le revoyons plus qu'à la consultation, où nous constatons :

Le 27 octobre : *Roséole érythémateuse* confluente. — *Plaques muqueuses* des amygdales. — Plaque muqueuse développée sur la base de l'un des chancres; balano-posthite secondaire. — Adénopathie cervicale.

Le 17 novembre, plaques muqueuses buccales. — Céphalée.

Et enfin, le 1er décembre, plaques muqueuses du prépuce et du gland.

II. — F... François, 30 ans. Constitution robuste.

Deux blennorrhagies antérieures, la dernière il y a deux ans. — Nul accident consécutif.

Rapport avec la fille Blanche dans les derniers jours de juin. *(Coït antérieur remontant à six semaines. — Pas de coït consécutif.)*

Apparition d'un chancre sur le prépuce dans les premiers jours de juillet. — Pas de traitement.

État actuel, 15 juillet :

CHANCRE INDURÉ de la face muqueuse du prépuce.

Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente, très caractérisée. — Traitement mercuriel.

Puis, 27 août : *Roséole papuleuse*, dont le début remonterait à trois jours, au dire du malade.

15 octobre, *plaques muqueuses* buccales.

III. — G... Léon, 20 ans. — Sujet lymphatique. — Constitution faible.

Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Blanche dans la seconde moitié de juin. *(Coït antérieur remontant à quatre semaines au moins. — Pas de coït consécutif.)*

Chancre reconnu quelques jours après le coït infectant, et traité pres-

Sur le second, *chancre induré* du prépuce ; adénopathie bi-inguinale, dure, multiple et indolente ; roséole ; plaques muqueuses.

Sur le troisième, qui fut traité par mon collègue, M. Cullerier, *chancre induré* de la rainure glando-préputiale ; bubon spécifique ; — roséole ; adénopathie cervicale postérieure.

Sur le quatrième, *chancre induré* du prépuce ; lymphangite dor-

que immédiatement par M. Cullerier, à la consultation du Midi, pour un *chancre induré*.

En août, je constate :

CHANCRE INDURÉ de la rainure glando-préputiale, à gauche. — Adénopathie inguinale gauche, multiple, dure et indolente.

En septembre : *Roséole érythémateuse.* — Adénopathie cervicale.

IV. — M... Jacques, 27 ans. — Sujet sanguin et robuste.

Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Blanche dans le courant de juin. *(Coït antérieur remontant à cinq mois. — Pas de coït consécutif.)*

Chancre reconnu à quelques jours d'intervalle du coït infectant. — Pas de traitement.

20 août : CHANCRE PARCHEMINÉ de la face muqueuse du prépuce. — Lymphangite dorsale indurée. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente.

Traitement mercuriel continué sans accident jusqu'au mois d'octobre.

En décembre, *plaques muqueuses buccales.* — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Céphalée datant de quelques semaines.

V. — G... Nicolas, 24 ans. — Sujet lymphatique. — Constitution moyenne. — Aucun antécédent vénérien.

Rapport en juin avec la fille Blanche. — *(Coït antérieur remontant à deux mois. — Pas de coït consécutif.)*

Cinq jours après le coït infectant, tuméfaction du prépuce ; production d'un phimosis œdémateux, avec écoulement purulent très abondant.

Pour traitement, quelques injections astringentes entre le gland et le prépuce. — Le malade ne parvint à découvrir le gland que quatre à cinq semaines après le début de ces accidents.

État actuel, 4 août : *Double chancre induré* du prépuce, à gauche. — Adénopathie inguinale gauche, dure et indolente.

sale de la verge, indurée ; adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente. — Plaques muqueuses buccales. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Céphalée.

Sur le cinquième, *double chancre induré* du prépuce ; adénopathie inguinale dure et indolente. — Roséole. — Plaques muqueuses buccales.

Sur le sixième, enfin, large *chancre induré* du frein. — Adénopathie bi-inguinale spécifique très caractérisée. — Syphilide pa-

Traitement : Charpie sèche. — Liqueur de Van-Swiéten.

En septembre, *roséole* légère. — Éruption croûteuse du cuir chevelu.

En décembre, *plaques muqueuses labiales.*

(Obs. comm. par M. Joseph, interne du Midi.)

VI. — C... Pierre, 31 ans. — Tempérament bilieux. — Constitution médiocre. — Aucun antécédent vénérien.

Rapport en juin avec la fille Blanche. — (*Coït antérieur remontant à un mois au moins. — Pas de coït consécutif.*)

Chancre apparu quelques jours après le coït infectant, et traité à l'aide de quelques pommades.

Août. Large CHANCRE INDURÉ du frein. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente, extraordinairement caractérisée.

Traitement mercuriel, très irrégulièrement suivi.

Puis, en octobre et novembre : *Syphilide papulo-squameuse* du tronc. — *Psoriasis* palmaire et plantaire. — *Syphilide impétigineuse* du menton, du nez et du cuir chevelu. *Plaques muqueuses* confluentes des amygdales. — Adénopathie cervicale postérieure ; — mastoïdienne ; — sus-hyoïdienne. — *Céphalée.*

Deux autres malades du Midi, qui avaient eu des rapports avec la fille Blanche, présentèrent également des chancres indurés, suivis de syphilis constitutionnelle. Mais ces deux malades avaient eu des rapports avec d'autres femmes, l'un dix jours et l'autre douze jours avant le coït *réputé* infectant ; en sorte que l'origine de la contagion *pouvait* rester douteuse. — Je ne citerai donc pas ces observations, parce qu'elles ne sauraient rigoureusement entrer en ligne de compte pour la solution du problème actuel, la *contagion du chancre.*

A. Fournier.

pulo-squameuse du tronc. — Psoriasis palmaire et plantaire. — Syphilide impétigineuse de la face et du cuir chevelu; plaques muqueuses; céphalée; adénopathie cervicale, etc...

Et ainsi, Messieurs, de tant d'autres observations qui vous sont déjà connues pour en avoir entendu la lecture dans nos salles, et qu'il serait superflu de vous répéter ici!

En somme, dans tous les faits recueillis cette année, comme dans tous ceux dont j'ai conservé le souvenir, le chancre induré a toujours donné naissance (sur les sujets sains, bien entendu) à un *chancre de même nature,* et toujours, dans ces conditions, la vérole s'est produite de part et d'autre. Voilà un fait qui paraît aujourd'hui complétement établi par la clinique.

XI.

Un sujet vérolé, contractant un nouveau chancre, peut-il transmettre la vérole? — Doctrine ancienne. — Observations de M. Cullerier, de M. Melchior Robert; quatre faits nouveaux de la clinique du Midi, démontrant la transmission du *chancroïde* de M. Clerc sous forme d'un chancre infectant. — Question d'origine du chancre à base molle des sujets syphilitiques susceptible de reproduire un chancre induré. — Hypothèse. — Résumé général des recherches les plus récentes sur la contagion.

Je viens de vous montrer, Messieurs, que le chancre infectant se transmet toujours dans son espèce sur les sujets vierges.

Cela posé, changeons maintenant la question de face et recherchons si le chancre induré ne peut reconnaître pour origine qu'un chancre de *même forme,* s'il ne peut naître d'une autre variété de l'accident primitif.

Ici va surgir un nouveau point de doctrine.

Nul doute que le chancre simple, développé sur un sujet vierge,

ne puisse, comme nous l'avons dit précédemment, que reproduire un chancre simple, non suivi des symptômes constitutionnels de la syphilis. Mais en est-il de même pour le chancre à base non indurée, développé sur un sujet syphilitique et reconnaissant pour origine un chancre induré? — Voilà, Messieurs, la question délicate qu'il nous reste à discuter.

Permettez que, par un exemple, je vous rende plus intelligible cette proposition.

Un sujet vérolé, subissant l'influence de la diathèse, contracte un nouveau chancre avec une femme affectée de chancre induré. En vertu de l'unicité de la diathèse, ce chancre reste *mou*, et conserve l'*aspect* du chancre simple. Eh bien, qu'arrivera t-il s'il est transmis à un troisième sujet, vierge de tout accident syphilitique? Se propagera-t-il dans l'espèce à laquelle sa *forme apparente* le rattache, c'est-à-dire comme chancre simple, ou bien conservera-t-il la propriété infectieuse de son origine?

J'ai supposé longtemps que ce chancre devait se transmettre dans la forme à laquelle, sous une influence quelconque, il avait en définitive abouti. Ainsi je croyais que le chancre développé sur un sujet vérolé, quelle qu'en fût l'origine, devait toujours transmettre un chancre simple; — c'est là, du reste, la doctrine que M. Clerc a rajeunie et développée dans ces derniers temps.

Cette croyance cependant ne reposait, pour moi, que sur une hypothèse. Car la difficulté de recueillir des faits complets et concluants sur ce point de la science avait toujours retenu mon jugement. Voyez, en effet, que de conditions réunies de semblables observations réclament. C'est : 1° un sujet préalablement contaminé qui doit se trouver exposé à une nouvelle contagion; 2° il faut que la source de cette seconde contagion soit un chancre

induré ; 3° il faut enfin que le deuxième sujet auquel le chancre est transmis soit vierge de toute infection antérieure. — Jugez si l'on a souvent l'occasion de rencontrer à la fois tous ces éléments réunis, surtout dans des conditions qui permettent de suivre à coup sûr la filiation de l'accident.

Mais à défaut d'observations de ce genre, presque impossibles à découvrir, il est une question moins complexe qu'on peut faire servir à la solution du problème que j'étudie avec vous. C'est la suivante : Un sujet vérolé porteur d'un nouveau chancre peut-il transmettre la *vérole* à un sujet sain? Ce nouveau chancre, ce chancroïde, comme l'a appelé le docteur Clerc, peut-il devenir l'origine d'un chancre induré ?

Eh bien, des observations récentes, que je veux vous faire connaître, semblent établir que *le chancre à base molle développé sur un sujet préalablement vérolé peut quelquefois transmettre à un sujet sain un chancre qui s'indure et qui devient l'origine d'une syphilis constitutionnelle.*

M. Cullerier nous a communiqué l'observation suivante :

Un jeune homme contracte un chancre induré et parcourt la série des accidents constitutionnels.

A plusieurs années d'intervalle, il prend un nouveau chancre, dont la base reste absolument *molle*, absolument dépourvue de l'induration spécifique.

Il se marie, portant encore ce chancre qu'il communique presque aussitôt à sa femme.

Le chancre de la femme s'*indure* et s'accompagne de l'adénopathie spécifique; puis à quelques mois d'intervalle il est suivi des symptômes de la syphilis constitutionnelle : syphilide papulo-

tuberculeuse générale, alopécie, impétigo du cuir chevelu; — et plus tard, accidents tertiaires (1).

Ici donc, point de doute : c'est le chancre à base molle, le *chancroïde* d'un sujet vérolé, qui se transmet à une femme vierge d'infection antérieure, sous forme d'un chancre induré, suivi de vérole.

M. le docteur Melchior Robert a consigné, dans une thèse récente d'un élève de Lyon (2), trois observations analogues à la précédente, qui démontrent également la possibilité d'une infection constitutionnelle développée sur des sujets vierges par la contagion de chancres *mous* provenant de sujets syphilitiques.

Enfin, dans ces derniers temps, MM. A. FOURNIER et CABY ont

(1) Voici le texte même de M. Cullerier :

« Un jeune homme est affecté de chancre induré, puis de symptômes constitutionnels. Un traitement rationnel est suivi régulièrement, et tout disparaît. Au bout de quelques années cet homme gagne un *nouveau chancre qui reste à l'état simple,* sans retentissement sur l'économie. — Le malade, fort éclairé d'ailleurs, mais ayant mal compris la portée de ce qu'il avait entendu dire qu'on n'avait pas deux fois la vérole, n'attacha aucune importance à l'ulcération dont il était affecté, et n'hésita pas à se marier, sans prendre aucun conseil médical. La jeune femme, comme on peut le croire, fut bientôt elle-même affectée d'un chancre. Mais celui-ci s'*indura,* se compliqua d'engorgements ganglionnaires, puis fut suivi, dans l'espace de temps habituel, d'une syphilide papulo-tuberculeuse générale, d'alopécie, d'impétigo du cuir chevelu, et plus tard d'accidents tertiaires. » (*Société de chirurgie,* 1855.)

Aux yeux de M. Cullerier, ce fait serait « un argument puissant contre l'idée de la dualité du virus syphilitique. » — L'on verra par ce qui suit que M. Ricord donne une interprétation toute différente tant à ce fait qu'aux observations analogues citées plus loin.

A. F.

(2) *Du double virus syphilitique,* par Ach. DRON, interne des hôpitaux de Lyon.

recueilli, sous mes yeux et sous les vôtres, les quatre observations suivantes qui confirment encore le même fait (1). En voici l'analyse :

Dans la première, il s'agit d'une fille N..., qui contracte en

(1) Voici ces observations :

Obs. I. — N... (Marie), âgée de 17 ans. — Fille publique. — Tempérament sanguin.

Cette fille a été retenue six fois à Saint-Lazare depuis 1855, pour des accidents vénériens, à savoir :

Mai 1855. — Vulvite, vaginite granuleuse, catarrhe utérin purulent.

Novembre 1855. — Chancre induré de la fosse naviculaire. — Adénopathie bi-inguinale à ganglions multiples, durs et indolents.

Février 1856. — *Plaques muqueuses* de la vulve et de l'anus. — Adénopathie inguinale persistante. — Adénopathie cervicale postérieure. — Alopécie.

Mars 1856. — Chancre simple, à base molle, de la petite lèvre gauche.

24 mai. — Angine ; ulcérations des amygdales et du voile du palais.

Sortie de Saint-Lazare le 11 juin.

Le 17 juin, cette fille rentre à St-Lazare, portant un chancre sur la fourchette, chancre a base molle, sans retentissement ganglionnaire. — Cautérisation. — (*La bouche, les organes génitaux, l'anus, examinés avec le plus grand soin, ne présentent pas la moindre trace d'autres accidents syphilitiques, à cette époque* (*).

Huit jours après (25 juin), développement de nouvelles papules muqueuses de la vulve. — Cautérisation. — Traitement mercuriel.

Sortie de Saint-Lazare le 1er juillet.

Ce fut dans le court intervalle de ses deux derniers séjours à Saint-Lazare (du 11 au 17 juin), que cette fille contracta un nouveau chancre et le communiqua à notre malade, dont voici l'histoire :

R... (Louis), âgé de 23 ans. — Constitution robuste; tempérament sanguin.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855. — Jamais de chancre.

(*) La coïncidence d'accidents syphilitiques secondaires avec le nouveau chancre eût été certes une complication qui aurait pu jeter l'incertitude sur les conséquences doctrinales de cette observation et des suivantes. Je note donc d'une façon très formelle qu'elle ne s'est présentée dans aucun des faits relatés ici. — Les observations dans lesquelles elle s'est produite ont été sacrifiées.

A. F.

novembre 1855 un *chancre induré*. Cette fille ne tarde pas à présenter des accidents secondaires, pour lesquels elle entre à plu-

Rapports avec la fille N... (Marie), le 15 juin. — (*Coït antérieur remontant à six semaines au moins; — pas de coït consécutif.*)

Le 18 ou le 19 juin, début d'un écoulement urétral; deux jours après, développement de deux petites ulcérations sur la lèvre supérieure, près de la ligne médiane; ces ulcérations ne cessèrent de s'agrandir, et le malade remarqua qu'elles « prirent une grande *dureté* » en quelques jours. — Pas de traitement.

État actuel, 11 juillet. — Double CHANCRE INDURÉ de la lèvre supérieure, reposant sur une base extrêmement dure, chondroïde. — (Rapports *ab ore* avoués par le malade). — Ces deux chancres sont situés parallèlement près de la ligne médiane, celui de droite est de beaucoup le plus étendu.

Adénopathie sous-maxillaire du côté droit, datant d'une quinzaine de jours, au dire du malade, devenue douloureuse seulement depuis quelques jours. — Un ganglion dur et indolent dans la région sous-maxillaire gauche.

Blennorhagie simple. — Aucune induration sur le trajet de l'urètre. — Pas d'adénopathie inguinale.

Traitement : Cérat opiacé. — 1 pil. proto-iodure. — Cubèbe et injections astringentes.

Trois inoculations successives avec le pus des chancres labiaux; triple résultat négatif.

21. — Les chancres sont en voie de réparation. — Le bubon sous-maxillaire droit a pris beaucoup de développement; il est devenu très douloureux. — Légère rougeur de la peau dans cette région. — Cataplasmes.

28. — Résolution de l'adénite.

Du 2 au 8 août, développement d'une *roséole* érythémateuse, passant déjà sur quelques points à l'état papuleux. — Douleurs de tête vers le soir. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Chancres cicatrisés. — 2 pil. de proto-iodure.

Le malade quitte volontairement l'hôpital. — Il rentre au Midi le 23 septembre, n'ayant fait aucun traitement depuis sa sortie.

État actuel, 23 septembre : Cicatrice indurée des deux chancres. — Adénopathie sous-maxillaire persistant des deux côtés.

Syphilide papuleuse. — *Plaques muqueuses* de l'anus. — *Plaques muqueuses* inter-digitales des pieds. — Alopécie. — Croûtes du cuir

sieurs reprises à l'infirmerie de Saint-Lazare, à savoir : plaques muqueuses de la vulve et de l'anus en février 1856; trois mois

chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure. — Je constate, de plus, un léger développement des ganglions inguinaux, constituant des pléiades indolentes; ganglions épitrochléens développés, durs et indolents. — Traitement mercuriel. — Lotions chlorurées. — Bains de vapeur.

Guérison rapide des plaques muqueuses. — Disparition de la syphilide dans la première quinzaine d'octobre.

Sorti de l'hôpital le 21 octobre.

Obs. II. — La fille J... (Marie), âgée de 23 ans, est entrée à plusieurs reprises à Saint-Lazare pour des accidents de syphilis constitutionnelle (syphilide papuleuse; plaques muqueuses multiples; adénopathie cervicale; alopécie presque complète; tête véritablement dénudée.)

Elle rentre de nouveau à l'infirmerie le 21 octobre. — (Constitution très forte; tempérament bilieux.)

L'on constate à cette date un CHANCRE A BASE MOLLE, siégeant au milieu des caroncules du côté droit. — (*Pas la moindre trace d'autres accidents syphilitiques sur les organes génitaux, non plus que sur l'anus.*)

Cautérisation. — Charpie sèche.

Guérison rapide.

R... (Théodore), âgé de 19 ans. — Lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie simple en 1854. — Jamais de chancre.

Rapport avec la fille J... (Marie) dans les derniers jours d'octobre. — (*Coït antérieur remontant à deux mois. — Pas de coït consécutif.*)

Chancre développé à quelques jours d'intervalle. — Pour traitement, lotions à l'eau blanche et pilules de nature inconnue.

État actuel, 4 novembre : CHANCRE INDURÉ de l'anneau inférieur du prépuce. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En décembre, *roséole;* adénopathie cervicale postérieure; angine, érythème guttural.

Obs. III. — (Je ne donnerai que le résumé de cette observation, qui est complétement analogue au premier fait cité plus haut.)

A... (Geneviève), 20 ans. — Tempérament sanguin.

Cette fille a été traitée à plusieurs reprises à Saint-Lazare pour des accidents de *syphilis constitutionnelle.* (Syphilide polymorphe.—Plaques

plus tard, plaques muqueuses des amygdales et du voile du palais, etc. Mais voici que, dans la première quinzaine de juin,

muqueuses ulcérées de la vulve, de la marge de l'anus, des amygdales et du voile du palais. — Pléiades inguinales. — Adénopathie cervicale postérieure. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie.) — Elle rentre de nouveau à l'infirmerie le 23 octobre, portant un chancre de la fosse naviculaire, CHANCRE A BASE MOLLE, par excellence. (*Pas la moindre trace, à cette époque, d'autres accidents syphilitiques sur les organes génitaux, non plus qu'à la bouche.*) — En janvier 1857, nouvelle manifestation de la diathèse préexistante. (Plaques muqueuses vulvaires, etc.)

A... (Louis), 21 ans. — Lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie simple en 1852. — Jamais de chancre.

Rapports habituels avec la fille A... (Geneviève) depuis le mois de septembre. (Ce jeune homme n'a pas fréquenté d'autre femme depuis plusieurs mois.)

Chancre labial, dont l'origine remonterait au 20 octobre environ, d'après les souvenirs du malade (aveu des rapports *ab ore*). — Écoulement urétral datant de la même époque. — Nul traitement.

État actuel, 19 décembre : CHANCRE PARCHEMINÉ de la lèvre inférieure, près de la commissure droite. — Bubon sous-maxillaire droit, volumineux, indolent dans les premiers jours, mais devenu douloureux depuis une semaine. — Phimosis congénial d'une étroitesse extraordinaire ; écoulement purulent fourni par la muqueuse du prépuce et du gland ; impossibilité d'une exploration plus complète.

Inoculation négative pratiquée avec le pus du chancre labial.

Accidents consécutifs : Dans les derniers jours de décembre, *roséole* érythématheuse ; — adénopathie cervicale naissante.

OBS. IV. — M... (Pierre), âgé de 21 ans. Constitution très robuste. Tempérament sanguin. Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme n'avait pas vu de femme depuis six mois, lorsqu'il eut des rapports avec la fille G... (Caroline), dans la dernière semaine d'octobre. — Quelques jours après, et sans coït consécutif, un chancre apparut sur le prépuce. — Aucun traitement.

État actuel, 10 novembre : CHANCRE PARCHEMINÉ type de la face muqueuse du prépuce, supérieurement. — Adénopathie bi-inguinale à ganglions multiples, durs, indolents. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : 23 décembre : *Roséole érythémateuse* confluente.

cette fille prend un nouveau chancre. Ce chancre, vu et traité à Saint-Lazare, se présentait avec une base *parfaitement molle,* et *sans aucun rètentissement ganglionnaire.*

Or, vers le 15 juin, cette fille accordait ses dangereuses faveurs au nommé R..., vierge jusqu'alors de tout accident syphilitique. R..., à cette époque, était absolument sain et n'avait pas vu de femmes depuis six semaines au moins. Le 18, un écoulement blennorrhagique se déclara; deux ou trois jours après, il se manifesta sur la lèvre supérieure deux petites écorchures reposant sur une base dure et tuméfiée. Ces écorchures, *dont le malade ne dissimulait pas l'origine,* s'agrandirent rapidement, et quelques semaines après, nous pûmes constater deux chancres indurés de la lèvre, avec adénopathie sous-maxillaire spécifique. — En août, *Plaques muqueuses* des amygdales et du voile du palais. — Angine. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure. — Douleurs rhumatoïdes.

La fille G... (Caroline), 22 ans, lymphatique, de qui notre malade tenait la contagion, fut arrêtée le 4 novembre. Elle présentait un large CHANCRE A BASE MOLLE de la fosse naviculaire. — (*Nul autre accident syphilitique à cette époque.*)

Depuis janvier 1856, cette fille avait été envoyée trois fois à Saint-Lazare :

En janvier, elle avait été affectée de CHANCRES INDURÉS de la vulve, avec pléiades inguinales caractéristiques, suivis bientôt d'accidents constitutionnels. (Syphilide papulo-squammeuse, plaques muqueuses de la vulve. — Alopécie, ganglions cervicaux.)

Depuis cette époque, elle était rentrée deux fois à Saint-Lazare, pour des chancres à base molle. A chaque séjour que fit cette fille à l'infirmerie de la prison, l'on constata l'influence persistante de la diathèse.

(J'apprends de plus, au moment où je corrige les épreuves de ce volume, que cette fille vient d'être envoyée une cinquième fois à Saint-Lazare pour de nouveaux accidents de syphilis constitutionnelle.)

A. FOURNIER.

une syphilide papuleuse couvrit tout le corps. En septembre, apparurent des plaques muqueuses de l'anus et des orteils.

Ce premier cas nous frappa sans nous convaincre ; car il présentait une particularité sur laquelle nous sommes encore bien loin d'être fixés : je veux parler du *siége* de l'accident sur la région céphalique, où vous savez que l'on n'a pas encore rencontré, d'une façon bien authentique, le véritable chancre simple. Mais d'autres faits succédèrent à celui-là.

L'un des malades actuels de notre service porte un *chancre induré* du prépuce, chancre infectant *type*, escorté, comme toujours, de cette adénopathie si caractéristique dont je vous ai entretenus tant de fois (1). Il tient ce chancre d'une fille publique actuellement affectée d'un *chancre à base molle.* Or, cette fille, antérieurement à ce dernier accident, avait été traitée, à plusieurs reprises, pour des symptômes multiples de la vérole constitutionnelle la mieux accusée.

Ce second fait, exempt des particularités exceptionnelles du précédent, arrêta davantage notre attention. Il fut suivi bientôt d'autres cas analogues qui vinrent lui donner une pleine confirmation.

Je ne ferai que vous signaler un *chancre induré* de la lèvre, transmis par une femme syphilitique affectée d'un nouveau chancre à base molle. Cette troisième observation est absolument l'analogue de la première que je vous ai citée. — Je préfère appeler votre attention sur le fait suivant :

L'un des malades actuels du service n'avait pas vu de femmes depuis six mois, lorsqu'il eut des rapports dans les derniers jours d'octobre avec une fille publique. Il contracta un CHANCRE INDURÉ,

(1) Ce malade fut affecté en décembre d'accidents constitutionnels. (V. obs. II.)

origine d'une syphilis qui vient de se confirmer, dans ces derniers jours, par l'éruption d'une splendide *roséole*.

La fille dont il tenait la contagion fut arrêtée presque immédiatement : elle portait un large CHANCRE MOU de la fosse naviculaire. Or, d'après les renseignements très exacts que recueillit mon interne, cette fille avait été envoyée quatre fois à St-Lazare depuis le mois de janvier 1856 : une première fois pour un CHANCRE INDURÉ type, suivi d'accidents constitutionnels bien caractérisés, et les deux fois suivantes pour des chancres simples. J'ajoute qu'à chacun des séjours qu'elle fit dans cet hôpital, l'on avait constaté, par des symptômes non équivoques, l'existence de l'infection syphilitique (1).

Vous le voyez, Messieurs, ces faits concordent entre eux et ne sauraient véritablement laisser de doute sur le caractère infectieux que peut prendre en quelques circonstances le chancre à base molle, lorsqu'il est développé sur un sujet préalablement infecté.

Il semble donc démontré aujourd'hui, contrairement aux doctrines anciennes, qu'*un sujet vérolé, contractant un nouveau chancre, peut encore transmettre la vérole*.

Je n'ai pas besoin de vous dire que si ces faits se confirment par l'observation ultérieure, ils renversent complétement la doctrine qu'a tenté d'édifier notre laborieux élève, M. le docteur Clerc.

Ce qu'il resterait à élucider maintenant, Messieurs, ce serait la question suivante, que je soumets à vos méditations et que je livre à vos recherches.

Le chancre mou d'un sujet vérolé, qui est susceptible de trans-

(1) En 1857, cette fille rentra de nouveau à St-Lazare pour des accidents de vérole constitutionnelle. A. F.

mettre la vérole à un sujet sain, reconnaît-il nécessairement pour origine un *chancre induré ?* Ou bien existerait-il quelque condition spéciale, encore inconnue, qui rendrait au chancre mou, développé dans ces conditions, *et quelle qu'en fût l'origine*, le caractère infectieux qui n'appartient qu'au chancre induré?

Cette dernière hypothèse me paraît peu probable, et je répugne à l'admettre; car, d'une part, elle est contraire aux lois de transmission étudiées dans ces derniers temps; d'autre part, il existe déjà un certain nombre d'observations qui tendent à démontrer que le chancre mou d'un sujet syphilitique peut également se transmettre dans son *espèce,* c'est-à-dire comme chancre mou.

Je croirais plutôt que le chancre simple des sujets préalablement vérolés devient ou non infectieux, *d'après son origine*. Émané d'une source indurée, il en conserve le caractère infectant; issu d'une source molle, il ne transmet qu'un chancre simple.

Je ne veux pas, Messieurs, vous entraîner plus loin sur ce terrain nouveau, encore insuffisamment exploré, mais qui semble beaucoup promettre. Il est temps d'ailleurs d'abandonner ce sujet pour vous entretenir des indications relatives au traitement du chancre infectant.

En terminant toutefois ce qui a trait à la contagion, je vous résumerai en quelques propositions dogmatiques ce que les recherches les plus récentes paraissent nous avoir appris sur cette nouvelle et importante question:

1° LE CHANCRE SIMPLE DES SUJETS VIERGES (1) SE TRANSMET DANS SA FORME, C'EST-A-DIRE EN TANT QUE CHANCRE SIMPLE.

(1) Je n'ai pas besoin de faire remarquer que, dans la langue syphiliographique, ce terme signifie simplement *vierge d'infection, vierge de vérole.*

2° Le chancre induré se transmet également dans son espèce sur les sujets vierges, c'est-à-dire comme chancre induré.

3° Le chancre induré se transmet aux sujets préalablement syphilitiques sous forme d'un chancre a base molle, analogue d'aspect au chancre simple.

4° Le chancre a base molle des sujets syphilitiques se transmet soit comme chancre simple, soit comme chancre induré. — Il semble probable, enfin, que la forme sous laquelle il se reproduit dépend de la nature même de son origine, c'est-à-dire du chancre qui lui sert d'ascendant.

XII.

TRAITEMENT.

Traitement du chancre. Méthode *abortive;* sa haute importance préservatrice. — Traitement de la diathèse. — A quelle époque faut-il administrer le mercure? — Nécessité de ne le prescrire que dans les cas où l'infection constitutionnelle est absolument démontrée. — Question de la salivation. Le mercure n'agit pas sur la syphilis par les effets pathogéniques qu'il produit. — Des doses mercurielles. — Comment il faut les subordonner à un effet sensible du médicament. — Impuissance du mercure contre les accidents tardifs de la diathèse; spécificité de l'iodure de potassium. — Conditions et durée d'un *traitement rationnel* de la vérole.

Après toutes ces questions doctrinales, abordons enfin, Messieurs, la partie thérapeutique de l'histoire de la vérole.

En tant que lésion locale, le chancre induré ne réclame pas une thérapeutique bien différente de celle du chancre simple. Des soins hygiéniques, des pansements réguliers avec la pommade au calomel ou le vin aromatique, voilà de quoi suffire amplement au travail de réparation de l'accident primitif. Vous savez, d'ailleurs,

que cette variété offre ce caractère remarquable de parcourir rapidement ses périodes et d'arriver spontanément à la cicatrisation, pour peu que l'on n'en contrarie pas la marche naturelle par une intervention malencontreuse.

Mais c'est ici surtout que la cautérisation pratiquée *dès le* DÉBUT se présente avec une importance capitale.

Le chancre, en effet, quelle qu'en soit la nature, n'est jamais en naissant qu'une *lésion locale*. Alors même qu'il doit infecter, son influence est primitivement bornée à la région qu'il affecte. L'infection générale n'est pas, comme je l'ai dit tant de fois, un résultat immédiat et instantané; c'est un accident consécutif au développement du chancre, et qui demande un certain temps pour se produire (1). Eh bien, que ne profitez-vous de cet intervalle qui sépare l'apparition du chancre du moment où naît l'infection pour éteindre le foyer d'où elle va surgir? Pourquoi ne pas faire ici ce que tout le monde est d'accord de faire lorsqu'il s'agit de la piqûre de la vipère ou de la morsure du chien enragé, c'est-à-dire détruire l'accident local le plus tôt possible, afin de prévenir l'absorption et les phénomènes consécutifs? Si la cautérisation du chancre simple présente tant d'avantages, en faisant d'une ulcération spécifique une plaie simple et dépourvue de toute virulence, jugez quel bénéfice vous pourrez en attendre, lorsque détruisant un chancre qui va s'indurer, vous tarirez du même coup la source d'une infection constitutionnelle (2)!

(1) C'est ce que disait Hunter : « Le chancre est une maladie locale..... Il y a peu de danger d'infection pour l'économie, si le chancre a été détruit presque aussitôt après son apparition et à une époque où l'on peut raisonnablement supposer que l'absorption n'a pas eu le temps de se faire. » — (*Du chancre*, chapitre III, § 1.) A. F.

(2) L'on retrouve le germe de la médication abortive dans les plus anciens auteurs qui ont écrit sur la syphilis. Dès les premiers temps

Sans doute, l'époque précise à laquelle se fait l'infection, c'est-à-dire le transport du virus dans l'économie, nous a échappé jusqu'à ce jour et demeurera sans doute longtemps inconnue. Mais il est un fait pratique, d'observation rigoureuse, qui peut jusqu'à un certain point nous consoler de notre ignorance à ce sujet. C'est le suivant : de tous les chancres que j'ai vu cautériser ou que j'ai cautérisés moi-même du *premier au quatrième jour de la contagion*, AUCUN *n'a été suivi des symptômes propres à l'infection constitutionnelle*. Il semblerait donc résulter de là que, dans les quatre premiers jours qui suivent la contagion, la graine syphilitique n'a point encore poussé de racines dans l'économie, et que si vous arrivez à temps pour la détruire, vous prévenez à coup sûr l'intoxication générale, vous tuez la vérole dans son germe (1).

de l'apparition de la vérole en Europe, l'on avait compris la possibilité de prévenir l'infection constitutionnelle par la destruction immédiate de l'accident primitif. Cette idée, pour ne citer qu'un exemple, se trouve formellement exprimée dans le passage suivant que j'emprunte à Jean de Vigo (1508).

« In primis veniendo ad originem morbi, videlicet ad pustulas quæ solent accidere in virgâ, *sine aliquâ temporis intermissione, protinus medicamine acuto* MALIGNITATEM EARUM INTERFICIENTE sunt delendæ, UT EXINDE EARUM MALITIA PER TOTUM CORPUS NON EXTENDATUR. » — (*Aphr.*, page 452.)

A. F.

(1) M. le professeur Sigmund (de Vienne) a émis, sur les résultats du traitement abortif, une opinion absolument semblable. Il est curieux de rapprocher son texte de celui de M. Ricord :

« L'observation de plus de *mille cas*, dans une période de onze ans, m'a démontré que *jamais il ne se déclarait d'accidents secondaires lorsque le chancre avait été complètement détruit dans les quatre premiers jours*. Je ne connais que deux cas, et encore ils me laissent des doutes, où la cautérisation pratiquée le *cinquième jour* n'ait pas empêché les accidents, de sorte que si je ne voulais rester plutôt en deçà des limites et parler avec une assurance parfaite, j'ajouterais encore le

Vous comprenez, sans que j'aie besoin de vous le dire, que l'*excision* du chancre, pratiquée dans le même délai, fournirait une égale préservation; seulement cette méthode est rarement applicable.

Qu'on y songe bien : c'est dans le traitement abortif du chancre qu'est tout l'avenir de la vérole, et la possibilité d'éteindre cet épouvantable fléau. Prêchez donc, Messieurs, cette vérité aux gens qui s'exposent; dites-leur que jamais on n'a vu l'infection survenir à la suite des chancres détruits avant le cinquième jour. Obligez-les, par intérêt, à une attention minutieuse, et par une destruction hâtive de toute ulcération suspecte, sauvez à la fois de l'empoisonnement général les sujets déjà souillés et ceux qu'ils pourraient infecter à leur tour!

Mais si vous avez tardé à détruire l'ulcération, ou bien si le malade ne s'est présenté à vous qu'à une époque plus avancée, la

cinquième jour comme terme fatal. » — (*Wiener med. Wochenschrift*, 1855.)

M. Sigmund donne la préférence, comme caustique, à la pâte de Vienne. — Il pratique la cautérisation même après le cinquième jour, car, dit-il, quoique les chances de préservation d'accidents secondaires soient diminuées, elles ne sont pas totalement abolies; de plus, la cautérisation présente encore cet avantage d'empêcher que le chancre ne se communique à d'autres régions et à d'autres individus.

M. Ricord, au contraire, ne cautérise plus le chancre dès qu'il s'est induré, car, l'induration est pour lui le signe d'une infection déjà faite; dès qu'elle s'est produite, la vérole est acquise, et la cautérisation devient dès lors inutile, en tant que *médication préventive*. — Notre maître recommande, pour les cautérisations abortives, l'emploi d'un caustique profond et véritablement destructeur. Il s'est arrêté depuis quelques années à la *pâte carbo-sulfurique*, qui fournit d'excellents résultats dans ces conditions comme dans le traitement curatif. — (V. *suprà*, pages 51 et suivantes.)

A. F.

cautérisation n'est plus utile, au moins comme méthode prophylactique de l'infection constitutionnelle. Dès que l'induration s'est produite, la vérole est acquise, et dès lors, que vous cautérisiez ou que vous excisiez le chancre, vous ne faites plus que *détruire un symptôme*, sans prévenir la diathèse.

Donc, si l'infection est produite (et l'induration en sera pour vous l'indice), la médication locale passe au second plan, et le *traitement de la diathèse* devient l'indication capitale à satisfaire. — Je vais vous en dire quelques mots.

L'agent *spécifique* de la vérole naissante, vous le connaissez tous, Messieurs : c'est le *mercure*.

Je n'ai point dessein de vous donner ici les règles qui doivent présider à la direction du traitement mercuriel (1). Je me bornerai

(1) Voici les règles formulées ailleurs par M. Ricord sur la direction du traitement mercuriel :

« 1° Administrer le mercure à l'intérieur, toutes les fois que l'état des voies digestives le permet.

» 2° L'appliquer sur la peau dans les cas contraires.

» 3° Chez les sujets dont les muqueuses s'irritent facilement et dont la peau, également sensible, ne saurait permettre de conduire un traitement à terme par cette voie, il convient d'alterner à propos ces deux modes d'administration.

» 4° Il est des malades inaccessibles par la peau et les muqueuses digestives et chez lesquels on peut encore tirer parti de l'inspiration des vapeurs mercurielles.

» 5° Quoique le mercure agisse foncièrement et d'une manière indépendante des *formes* sous lesquelles on peut l'administrer, il n'en est pas moins vrai que le choix de ces formes n'est pas une chose indifférente. Tel individu qui reste réfractaire à l'une d'elles est fortement impressionné par une autre, et ne subit d'effet médicamenteux ou curatif que de celle qui est le mieux appropriée à sa constitution. Ainsi, chez tous les malades, la peau ne subit pas la même influence de la part de toutes les pommades mercurielles. J'ai souvent montré des sujets à l'hô-

simplement à discuter devant vous les deux questions suivantes, qui seules rentrent dans le cadre que je me suis tracé.

pital des vénériens, chez lesquels des frictions faites avec l'onguent mercuriel double, à fortes doses et pendant longtemps, n'avaient absolument rien produit, et qui avaient ensuite ou éprouvé des effets curatifs ou souffert de salivation après quatre ou cinq jours d'application de sparadrap de *Vigo cum mercurio* sur une certaine étendue des téguments, sur les deux cuisses, par exemple. Il en est de même pour le mercure administré à l'intérieur : telle préparation reste sans effet sur un malade, telle autre guérit rapidement ou produit sur lui des effets pathogéniques exagérés. »

Des différentes préparations mercurielles, il en est une qui, réussissant presque à coup sûr à influencer les malades, trouve son application dans le plus grand nombre des cas. M. Ricord lui a donné depuis longtemps la préférence. La formule de notre maître est devenue tellement populaire que j'ai à peine besoin de la reproduire ici :

Pr. Proto-iodure d'hydrargyre	} *ââ*	3 grammes.
Thridace	}	
Extrait thébaïque.		1 gramme.
Conserve de roses.		6 grammes.

F. s. a. *soixante* pilules.

De 1 à 3 par jour et au delà, suivant les indications.

(M. Ricord commence par administrer une de ces pilules, chaque *soir*, quelques heures après le dernier repas. — Lorsque la dose doit être augmentée, il fait prendre une pilule le matin et l'autre le soir, etc...)

» 6° Les effets sensibles du mercure, comme agent morbide ou comme agent curatif, se font rarement attendre plus de *huit* jours; aussi tant qu'aucun accident ne se manifeste, tant que l'on n'obtient aucun changement favorable dans la maladie, la dose journalière du médicament doit être augmentée tous les huit jours.

» 7° Dès qu'on obtient une amélioration, il faut s'arrêter à la dose qui l'a produite et n'augmenter qu'autant qu'on arrive à un *statu quo*.

» 8° Si le mercure produit des accidents, il faut en modifier l'emploi ou le suspendre complétement, l'observation ayant rigoureusement appris, à part quelques rares exceptions, que si les symptômes syphilitiques n'étaient pas toujours aggravés dans ces cas, la guérison au moins était presque constamment enrayée.

» 9° Lorsque les accidents mercuriels ont cédé et que les symptômes

Le traitement mercuriel doit-il être commencé dès le début du chancre infectant ; doit-il être différé jusqu'à l'apparition des accidents constitutionnels ?

Ce que je vous ai dit précédemment de l'induration vous fait prévoir ma réponse. Pour moi, l'induration est le commencement de la diathèse ; le chancre *induré* n'est, en quelque sorte, que le premier des accidents secondaires. Eh bien, dans cette opinion, je dois administrer, et j'administre en effet le mercure *dès le début*. Une induration bien nettement formulée me suffit pour prescrire le traitement général, et, du premier jour où je puis la constater, j'attaque de front la diathèse.

Certains médecins, tout en accordant à l'induration la valeur pronostique que nous lui donnons nous-même, préfèrent néanmoins attendre le développement des manifestations constitutionnelles pour administrer le mercure. J'avoue que je ne comprends pas, pour ma part, les avantages que peut offrir cette pratique. Si la diathèse existe dès le début, pourquoi ne pas la combattre tout d'abord ? Si elle doit fatalement, et dans un terme prochain, révéler son existence par une série de symptômes plus ou moins pénibles et douloureux, pourquoi ne pas essayer de mettre un frein à ces manifestations ? Vaut-il donc mieux attendre qu'une lésion se produise pour la guérir que la prévenir dans son développe-

syphilitiques persistent, on reprend l'usage du mercure, avec les modifications exigées par la nature particulière des accidents relatifs soit à la *surface* sur laquelle avait été appliqué le médicament, soit à la forme sous laquelle il avait été donné, soit à sa dose.

» 10° Les mêmes inconvénients ne se reproduisent pas toujours en reprenant le remède après l'avoir sagement suspendu ou simplement modifié. Il arrive cependant qu'on est quelquefois obligé de suspendre et de reprendre le mercure dans le cours de certaines affections syphilitiques. »

A. F.

ment ? Je serais curieux de savoir, en vérité, si les malades se trouvent satisfaits de cette expectation, et s'ils applaudissent bien sincèrement à cette sage lenteur, alors qu'ils commencent soit à sentir l'aiguillon nocturne de la syphilis, soit à voir leur peau se couvrir de macules, leur front ceindre la couronne de Vénus, ou leur crâne se dégarnir de cheveux.

Toutefois, bien qu'une prompte intervention du traitement général soit avantageuse, ainsi que je viens de le démontrer, il ne suit pas de là qu'il faille recourir immédiatement à la médication mercurielle dans tous les cas et indistinctement. S'il est utile de prescrire le mercure contre la vérole, il n'est pas moins important de ne l'appliquer qu'à la vérole. Or, vous savez que le diagnostic du chancre présente assez de difficultés pour tenir souvent en échec le jugement des praticiens les plus exercés. Quelle sera donc votre conduite dans ces cas, hélas! trop nombreux, où le caractère ambigu, équivoque, de l'accident primitif ne vous permettra que de *soupçonner* une syphilis naissante?

Je ne saurais trop insister sur ce point, Messieurs, je ne saurais assez vous recommander de ne prescrire le traitement mercuriel que dans les cas où l'infection constitutionnelle est *absolument démontrée*. Si le moindre doute reste dans votre esprit sur la nature du chancre, si l'incertitude la plus légère retient votre diagnostic, je vous adjure de différer toute médication spécifique et de *savoir attendre*. C'est qu'en effet, il ne s'agit pas ici d'une simple question thérapeutique; ce sont de véritables *intérêts sociaux* qui se trouvent en jeu.

Il n'est pas indifférent pour un homme de savoir s'il a ou s'il n'a pas la vérole. Une maladie qui s'attache pour toujours au corps de sa victime; une diathèse qui poursuit le sujet infecté au delà

de son existence propre, et peut s'étendre comme une macule ineffaçable sur sa postérité; un vice constitutionnel transmissible, héréditaire; ce ne sont pas là, je pense, choses vaines et considérations frivoles. Les gens du monde ne se trompent pas sur les *conséquences possibles* d'un chancre, et sachez-le bien, Messieurs, plus d'un client pour sa conscience, pour son honneur, pour la sécurité d'une famille, exigera de vous sur cette question délicate une satisfaction complète, c'est-à-dire un diagnostic absolu et certain, contenant un *pronostic d'avenir* irrévocable. — Ces quelques mots vous feront comprendre, sans que j'aie besoin d'insister sur ce point, que la vérole a véritablement ses *conséquences sociales*.

Eh bien, si pour un accident primitif *douteux*, vous administrez le mercure dès le début, voyez dans quelles conditions vous allez vous placer. Vous vous privez, et vous privez pour longtemps votre malade d'une notion exacte de son état; vous le laissez en face d'un fantôme, ou vous lui donnez une sécurité qui peut devenir regrettable.

Le mercure, en effet, comme vous le savez, a pour résultat de *prévenir* ou de *retarder* les manifestations constitutionnelles. Or, je vous le demande, avec la médication spécifique commencée dès le début, dans ces conditions, quelle sera pour vous la signification de l'absence de tout accident dans les premiers mois qui suivront le chancre? Devrez-vous considérer la préservation actuelle comme le témoignage d'une immunité complète, absolue, ou simplement comme un effet temporaire du traitement? Vous l'ignorerez; vous ne saurez s'il faut l'attribuer à la *nature* même de l'accident primitif ou bien à l'intervention prophylactique du remède. Et plusieurs mois, plusieurs années s'écouleront que votre diagnostic ne sera pas plus avancé qu'au premier jour.

Supposez, au contraire, qu'incertains sur la nature des chancres,

vous laissiez simplement agir la nature, abandonnant la maladie à son développement spontané. Si la diathèse existe, soyez sûrs qu'au bout de quelques semaines, elle se traduira par des manifestations non douteuses ; et dès lors la lumière sera faite, le diagnostic sera trop nettement établi.

D'autre part, que rien ne se produise dans les deux, trois, quatre premiers mois : voilà déjà quelques présomptions d'immunité ; mais que le cinquième mois s'écoule à son tour sans accidents ; puis que le sixième s'achève, sans que vous ayez pu constater sur votre malade, attentivement et assidûment observé, aucun des symptômes propres à la syphilis : dès lors, le diagnostic est fait, et, avec lui, votre pronostic se trouve établi. La non-infection est certaine, et vous pouvez sans crainte (je vous l'affirme avec une expérience vieille d'un quart de siècle), vous pouvez donner à votre client l'assurance formelle d'une immunité absolue pour le présent et pour l'avenir.

Le second point que je me propose de développer est relatif à la salivation.

Le temps n'est pas encore bien loin de nous, où l'on regardait la salivation comme utile, comme *indispensable* à la curation de la vérole, où le médecin la consultait « comme la *boussole* du traitement (1), » la provoquait pour l'entretenir et la renouvelait à peine éteinte. Ces croyances, Messieurs, ces pratiques que nous ont laissées nos pères, funeste héritage trop complaisamment recueilli par quelques modernes, ont certainement contribué à semer dans le peuple cette terreur du mercure qu'ont exploitée et qu'exploiteront encore, aux dépens des malades, les charlatans de tous les siècles. Il faut donc attaquer de front ces vieilles doctrines.

(1) Astruc, liv. IV.

Sachez-le bien, Messieurs, et retenez ceci pour le répéter hautement et partout : Le mercure n'agit pas sur la vérole par les désordres qu'on peut lui faire produire sur la constitution ; son influence médicatrice ne se mesure pas à ses effets pathogéniques. Loin de là, la proportion inverse serait plus près de la vérité. Il est d'observation, en effet, et d'observation rigoureuse, que l'*action curative du mercure est généralement suspendue dès que les symptômes morbides qui appartiennent en propre au médicament commencent à se produire.*

Quelle que soit la théorie qu'on adopte sur l'action curative du mercure (et chaque école l'a expliquée à sa façon) (1), il est incontestable que son influence spécifique sur la syphilis ne saurait jamais être attribuée à l'exagération de certains de ses effets, tels que la fièvre, l'augmentation de la sécrétion urinaire, les évacuations alvines, les irritations cutanées, la salivation, etc... Hunter a proclamé cette vérité depuis longtemps (2). Que n'a-t-elle passé, pour le bien des malades et l'honneur de notre art, dans l'esprit et la pratique des médecins qui sont venus après lui (3) !

(1) V. Hunter, ch. III, § 12 ; de Horne (*Observations sur les différentes méthodes d'administrer le mercure*, Introduction, p. 1 et suivantes), etc.

(2) « Comme le mercure produit généralement des évacuations, par la bouche, par l'intestin, par les sueurs, etc...., l'on a été porté naturellement à supposer que c'est par ce moyen qu'il guérit la maladie vénérienne ; mais l'expérience a appris que, pour cette maladie, ces évacuations, de quelque nature qu'elles soient, ne sont nullement nécessaires.... Au contraire, elles *retardent la guérison...* » — « C'estdans le cas où le mercure est donné de manière à produire des évacuations considérables que ses effets sur l'action morbide sont le moins prononcés ; et les mêmes évacuations produites par d'autres agents thérapeutiques n'exercent pas la moindre influence sur la maladie. » (Hunter, *Syphilis constitutionnelle*, chap. III, § 3 et 12.)

(3) Il est remarquable que les auteurs qui ont présenté la salivation comme indispensable au traitement de la syphilis, n'aient pu cependant se dissimuler qu'on peut guérir sans provoquer le flux de bouche. Pour n'en citer qu'un seul, ASTRUC, après avoir écrit « qu'on ne saurait se

Vous guérirez donc vos malades, Messieurs, sans leur imposer le supplice de la salivation ; et vous les guérirez d'autant mieux que vous leur épargnerez les effets pénibles et douloureux du mercure. — Que si, malgré vos soins, ces effets venaient à se produire, vous les combattriez aussitôt par une médication appropriée, surtout aujourd'hui que la thérapeutique vous a mis en main, contre le plus fréquent des accidents mercuriels, un agent nouveau, presque digne d'être élevé au rang d'un véritable *spécifique,* le chlorate de potasse (1).

flatter de détruire la vérole sans un flux de bouche fournissant *une ou deux livres de salive dans les vingt-quatre heures,* » dit ailleurs de la façon la plus formelle que « le mercure peut facilement guérir sans salivation. »

Voici du reste le texte même de ce savant auteur :

« Sans un flux de bouche qui fournisse une livre ou deux de salive dans les vingt-quatre heures, l'on ne saurait presque jamais se flatter de détruire la vérole, et surtout la vérole invétérée..... ; et avec un pareil flux de bouche, le malade ne peut jamais être dans le moindre danger. » (Livre IV, ch. 7.)

Et ailleurs :

« L'expérience, qui est au-dessus de tous les raisonnements, a depuis longtemps appris aux médecins que le *mercure, lors même qu'il ne fait point saliver, produit néanmoins dans le sang les mêmes effets que s'il avait excité une salivation régulière, et qu'il ne laisse pas d'extirper radicalement la vérole.* » (Livre II, ch. 10.)

L'on pourrait multiplier ces citations à l'infini pour démontrer que les auteurs qui ont le plus insisté sur la nécessité du flux de bouche, ont néanmoins été forcés de reconnaître que l'on guérissait de leur temps et sous les yeux, et qu'eux-mêmes, contre leur volonté, guérissaient souvent la vérole sans salivation.

A. F.

(1) J'ai expérimenté, cette année, le chlorate de potasse contre la salivation mercurielle, dans des conditions toutes différentes de celles où l'on s'était placé jusqu'à ce jour pour apprécier son action thérapeutique. Il est ressorti, je crois, de ces expériences, avec une connaissance plus exacte de l'efficacité réelle du

Toutefois, Messieurs, puisqu'il n'est pas de mauvaises choses dont on ne puisse tirer parti, il est un des effets morbides du mercure dont vous pourrez profiter, et, je dis plus, que vous devrez consulter en quelques circonstances pour diriger votre conduite. — Je m'explique.

Il n'est certainement pas, pour le mercure, non plus que pour tout autre médicament, de dose fixe, invariable, absolue, qui influence toutes les constitutions et qui guérisse dans tous les cas.

Or, sur quelles indications établirez-vous, dans le traitement d'une syphilis, *la dose* du spécifique à administrer ? — Nul doute que s'il existe quelque manifestation de la diathèse, l'influence exercée sur le symptôme actuel vous servira de guide. Dans ces conditions, il est tout naturel de s'en tenir à la première dose prescrite, si elle guérit, de l'augmenter si elle paraît insuffisante. Ici, vous avez une mesure. Mais songez bien que cette mesure vous fait souvent défaut. Vous ne donnez pas seulement le mercure comme curatif, contre des accidents que vous avez sous les yeux ; vous le prescrivez aussi comme *préventif*. Eh bien, dans ce dernier cas, alors que vous n'aurez aucune manifestation de la diathèse sur laquelle vous puissiez juger l'influence du remède, comment saurez-vous si la constitution de votre malade est ou non influencée par la médication ; quelle sera votre règle pour la direction des doses ? — Cette règle, Messieurs, c'est à l'un des effets pathogéniques du mercure, le plus fréquent et le premier à se produire, que vous pouvez la demander. A la légère irritation buccale qui accompagne le plus souvent l'une des premières doses administrées, vous reconnaissez d'une façon évidente que

médicament, une série d'indications pratiques nouvelles et véritablement inattendues. Mon interne actuel a recueilli et publié les résultats de cette étude. Je renvoie à son mémoire (V. note XII, Pièces justificatives.)

RICORD.

la constitution est *touchée* par le remède ; vous lisez en quelque sorte sur les gencives de votre malade la dose de médicament qui suffit à l'influencer, dose qui d'ailleurs est sujette à varier dans des proportions quelquefois considérables suivant les sujets, suivant le sexe, l'état de santé et ces mille idiosyncrasies toujours impénétrables. Dès lors, dès que vous avez constaté ce symptôme (1), votre mesure est connue, votre conduite est tracée. Baissez quelque peu la proportion du remède, pour vous tenir toujours en deçà de l'effet pathogénique, et continuez à l'administrer sur le même pied, en ayant soin toutefois d'interroger de temps à autre, de tâter en quelque sorte la constitution de votre malade par une légère augmentation du médicament, afin de juger par là si votre dose actuelle est toujours suffisante (2).

Voilà, Messieurs, comment vous pouvez tirer un utile parti pour la médication de l'un des accidents même qui en dérivent.

(1) L'on notera que je parle seulement ici d'une *légère irritation buccale.* Ce n'est pas la *salivation* que je prescris de consulter comme mesure des doses mercurielles qu'il convient d'administrer aux différents malades. La moindre irritation gingivale est suffisante pour le but que je poursuis. Si bien que, du jour où je l'ai constatée, je baisse la dose du médicament, ou bien j'administre le chlorate de potasse.

RICORD.

(2) Hunter a exprimé les mêmes idées et prescrit des règles analogues dans l'un de ses plus remarquables chapitres sur le traitement de la syphilis :

« Afin d'obtenir du mercure la plus grande action possible avec sécurité et de la manière la plus efficace, il faut l'administrer jusqu'à ce qu'il produise des effets locaux quelque part..... Ses effets locaux sont les indices de ses effets spécifiques sur la constitution ; la susceptibilité des parties malades a être affectées par le médicament est en proportion de ses effets sur la bouche..... C'est pourquoi il faut donner le mercure, s'il est possible, *de manière à produire des effets sensibles sur quelques parties du corps*, et à la dose la plus élevée qui puisse être donnée pour produire ces effets *dans certaines limites* ; ces effets sensibles sont le moyen de déterminer jusqu'où l'emploi du médicament peut être poussé, afin d'en obtenir les meilleurs effets possibles sur la maladie, sans danger pour la constitution. » (*Syphilis const.*, ch. III, § 4.) A. F.

Si le mercure est le spécifique de la vérole, comme on le dit d'une façon trop générale, c'est surtout contre les formes initiales de la diathèse qu'il exerce sa toute puissante influence. C'est contre les accidents secondaires *francs* qu'il est le plus actif. Au delà, contre les manifestations plus tardives, il perd, à n'en pas douter, de ses effets thérapeutiques. Si je pouvais suivre avec vous l'évolution de la syphilis dans chacune de ses phases, je vous montrerais que l'énergie du mercure diminue et s'épuise à mesure que l'on s'éloigne du début de l'infection ; je vous le montrerais, merveilleusement efficace dans le premier stade de la vérole, déjà moins puissant contre les symptômes d'un âge plus avancé, puis devenant presque inerte, quelquefois même *nuisible* en présence des formes ultimes de la diathèse. En sorte que le médecin resterait véritablement désarmé contre ces accidents tardifs ou *tertiaires*, regardés autrefois et à juste titre comme *incurables*, s'il n'avait pour les combattre un autre agent, nouveau-venu dans l'arsenal thérapeutique de la syphilis, mais non moins admirable que son frère aîné le mercure : j'ai nommé l'iodure de potassium.

Si le mercure trouve sa véritable application dans le traitement des symptômes précoces de la syphilis, c'est au contraire contre les formes plus tardives qu'il convient de réserver l'usage de l'iodure de potassium (1). De très nombreuses expériences comparatives

(1) Voici sous quelle forme M. Ricord administre ce médicament :

Pr. Sirop de gentiane. . . . 500 grammes.
Iodure de potassium . . 30 grammes.
M.

Prendre chaque jour *trois cuillerées à bouche* de ce sirop.

D'après notre maître, la *dose moyenne* de l'iodure de potassium varie de 2 à 3 grammes par jour. Une dose moindre est presque toujours insuffisante.

Il est des cas où cette *dose moyenne* doit être de beaucoup dépassée. Tels sont ces accidens qui compromettent en quelques jours

m'ont en effet démontré, qu'exerçant une médiocre influence sur les accidents secondaires, ce médicament constitue en revanche l'agent le plus héroïque contre les manifestations d'une époque ultérieure : à ce point qu'on peut aujourd'hui le considérer, sans crainte d'exagération, comme le *spécifique de la vérole tertiaire* (1).

l'intégrité d'un organe, et réclament une médication répressive des plus énergiques. (Tumeur gommeuse du voile du palais, exostoses intra-crâniennes, etc.) — Dans ces circonstances, M. Ricord prescrit d'emblée, dès le premier jour, *trois* ou *quatre* grammes d'iodure de potassium; puis, les jours suivants, il élève encore cette dose suivant les indications, à *cinq, six, huit* grammes, et *même au delà.* — Cette thérapeutique hardie est couronnée de merveilleux succès.

L'on sait que l'administration de l'iodure de potassium a été portée *expérimentalement* à des doses beaucoup plus élevées (vingt, quarante, cinquante et jusqu'à *soixante* grammes par jour). Mais l'observation a démontré que, dans ces cas, l'influence thérapeutique du médicament n'était point augmentée proportionnellement aux quantités absorbées par les malades; les effets pathogéniques seuls se trouvaient exagérés.

A. F.

(1) Quelques médecins ne prescrivent le traitement ioduré contre les accidents tertiaires qu'après l'avoir fait précéder d'un traitement mercuriel, comme si l'iodure ne pouvait agir qu'au prix de cette médication préalable. M. Ricord proteste contre cette pratique. D'après lui, l'iodure agit d'*emblée* sur les accidents tertiaires. Non seulement le mercure est inutile dans ces conditions, mais il peut même devenir nuisible, en retardant l'emploi du seul médicament qui jouisse d'une spécificité incontestable contre les manifestations tardives de la diathèse.

Il ne serait pas rare, d'après notre maître, de voir des accidents tertiaires se produire *dans le cours même d'un traitement mercuriel.* — S'il en est ainsi, comment espérer une action curative du mercure sur des lésions qu'il est impuissant à prévenir ?

Il est des cas où les mercuriaux doivent être prescrits en même temps que l'iodure de potassium : c'est lorsqu'il existe des *accidents de transition* de la période secondaire à la période tertiaire, tels que les syphilides à forme profonde, ou bien encore lorsque des symptômes secondaires accompagnent des manifestations d'une époque plus tardive. Dans ces

L'iodure de potassium n'est pas seulement un merveilleux agent curatif ; c'est encore un médicament *préventif* par excellence. Aussi ne devrez-vous jamais terminer le traitement d'une syphilis sans faire succéder à l'emploi du mercure la médication iodurée. C'est à ce prix seulement que vous pourrez, sinon éteindre la diathèse, au moins l'arrêter dans ses manifestations éloignées ; c'est à ce prix, qu'après avoir assuré le présent, vous pourrez sauvegarder l'avenir.

Il me resterait, après vous avoir indiqué les médications applicables aux différentes périodes de la syphilis, à déterminer les conditions et la durée d'un traitement complet, suffisant à la préservation la plus efficace et la mieux assurée que notre art puisse fournir aux malades. Mais, hélas ! Messieurs, j'ai le regret de vous dire que toute règle *absolue* sur ce point est d'avance entachée d'erreur, par cela seul qu'elle est absolue.

Il n'y a ni dose, ni forme pharmaceutique, ni durée de traitement qui donne toujours et à coup sûr l'immunité, quelles que soient d'ailleurs l'attention du médecin à diriger la médication et la docilité du malade à l'observer. Il faut ici, comme je l'ai écrit ailleurs, que la profession respecte la science : la science ne promet qu'une immunité *probable*, au prix du meilleur traitement ; le médecin ne doit pas s'engager au delà. Seulement, c'est à lui, dans ce calcul de probabilités, à mettre du côté de son malade le plus de chances favorables.

conditions toutes spéciales, l'iodure de potassium seul ne saurait suffire, et M. Ricord a coutume de lui adjoindre le mercure. C'est l'association de ces deux médicaments qui constitue ce que l'on a appelé le *traitement mixte* de la syphilis.

A. F.

Eh bien, quelles sont, dans ce but, les conditions à remplir?

Ne faire le traitement que jusqu'à la disparition des accidents, est sans contredit la méthode qui expose le plus le malade aux manifestations consécutives de la diathèse. Insister sur la médication, après la guérison des symptômes, autant de temps qu'il en a fallu pour l'obtenir, ne conduit pas à des résultats plus satisfaisants : c'est trop ou pas assez, suivant les cas (1). Il serait également dangereux de se confier aux indications *mathématiques* de Hunter, qui mesurait les doses et la quantité totale de mercure nécessaire au malade d'après le nombre, l'étendue et la durée des ulcérations, d'après l'intensité des symptômes, etc. (2).

Mais il faut, en fin de compte, une *mesure* pratique. Eh bien, la clinique seule peut la fournir, et c'est à la clinique que nous l'emprunterons.

Six mois de traitement mercuriel, à une dose journalière qui influence les accidents à combattre et qui indique, après qu'ils ont été détruits, que le médicament agit encore par ses effets physiologiques connus; puis, trois mois d'un traitement ioduré, destiné à prévenir les accidents éloignés de la diathèse, telle est, Messieurs, la médication qui donne les cures les plus soutenues, qui réussit, dans l'énorme majorité des cas, à neutraliser véritablement le virus toxique, je dirais presque à *guérir la vérole* au moins dans la généralité de ses manifestations.

Voilà, Messieurs, la seule règle expérimentale que je puisse vous donner. Vous comprenez qu'elle devra subir entre vos mains

(1) Dupuytren faisait continuer le traitement, au delà de l'extinction des accidents, *pendant un temps égal à celui qu'avait nécessité la guérison.*

(2) V. ch. III, considérations générales sur le traitement du chancre.

des modifications de toute sorte suivant les indications et les exigences variables des cas particuliers. Je ne fais, du reste, que vous la formuler ici dans sa plus grande généralité.

Cette règle, je vous le répète, Messieurs, c'est l'observation des faits, patiente et attentive, qui me l'a fournie. Puissiez-vous à votre tour, par l'observation, l'étendre et la parfaire si elle est juste, l'amender si elle est fausse, de façon à créer pour un avenir prochain ce qui nous manque encore aujourd'hui, un traitement sûr et complet de la vérole!

IV

RÉSUMÉ.

Parallèle des deux variétés du chancre. — Question de la dualité du virus *chancreux*. — Unicité du virus *syphilitique*.

Je viens, Messieurs, de vous décrire les deux grandes variétés de l'ulcère primitif. Permettez maintenant qu'après vous avoir exposé séparément les caractères propres à chacun des chancres, je les rapproche dans un court aperçu parallèle.

1° Le chancre simple, non infectant, conserve aux tissus sur lesquels il se développe leur degré de souplesse ou de rénitence normal. C'est un chancre *à base molle*. Les complications phlegmoneuses qu'il peut exciter donnent quelquefois à sa base une dureté plus ou moins prononcée ; mais vous savez que cette dureté offre des caractères tout différents de l'induration propre à l'autre variété du chancre.

2° Il est généralement *multiple*, et multiple soit d'emblée, soit après coup, par une série d'inoculations de voisinage, consécutives à la contagion première.

3° Son pus possède au plus haut degré les caractères propres à la contagion ; c'est le pus *inoculable* par excellence. — Ajoutez que cette spécificité de la sécrétion fournie par les surfaces ulcérées persiste pendant la durée presque totale de l'existence du chancre.

4° C'est un chancre à *tendance envahissante* et *destructive*. C'est la variété la plus apte à subir la déviation phagédénique.

Voilà, certes, quatre caractères bien tranchés; voyons, en parallèle, le chancre infectant :

1° Sa base est *indurée,* et indurée d'une façon toute spéciale, pathognomonique.

2° C'est un chancre généralement *solitaire,* rarement multiple.

3° Son pus perd rapidement toute spécificité virulente, au moins pour le sujet infecté qui devient en quelques jours réfractaire à l'inoculation de son propre virus.

4° Le chancre infectant présente peu de tendance à s'agrandir; il se limite promptement et arrive spontanément à la cicatrisation. — Il est rare qu'il prenne la forme phagédénique.

Voilà, Messieurs, pour la symptomatologie. — Mais ce parallèle serait incomplet, si nous n'y ajoutions encore les quelques considérations suivantes :

Le chancre simple est une espèce très commune. Le chancre infectant est relativement plus rare.

Le chancre simple paraît exclu d'une partie du corps, la région céphalique; le chancre infectant se produit partout.

L'un est *peut-être* transmissible aux animaux; l'autre n'affecte que l'homme et trouve les espèces animales constamment réfractaires à son virus.

Enfin, et ceci est capital, le premier peut être reproduit, je dirai presque *à perpétuité,* sur le même individu; le second paraît ne pouvoir se développer qu'une fois *dans sa forme.*

Si nous étendons ce parallèle au bubon symptomatique de chaque variété du chancre, nous rencontrerons encore des différences également tranchées.

Avec le chancre simple, le retentissement ganglionnaire n'est pas obligé. — L'adénopathie est fatale avec le chancre infectant.

Le bubon symptomatique du chancre simple est un bubon *aigu*, mono-ganglionnaire, arrivant le plus souvent à suppuration. Le pus qu'il sécrète peut être un pus virulent, susceptible de reproduire par l'inoculation la pustule caractéristique du chancre.

Ajoutez que ce bubon se produit presque indifféremment à tout âge, à toute période du chancre.

Bien au contraire, le bubon du chancre induré se développe *à froid*, sans douleur et sans réaction : bubon essentiellement *indolent*, *multiple*, reproduisant dans les ganglions l'*induration* particulière au chancre ; ne suppurant jamais sous la seule influence de la diathèse, et ne sécrétant jamais le pus spécifique dans les cas très rares où une cause étrangère en détermine la suppuration.

Son époque d'apparition est *précise*, presque *fatale ;* elle coïncide avec l'induration du chancre ou l'accompagne de très près.

Venons à la question d'origine, de transmission.

Le chancre simple naît du chancre simple et se reproduit dans son espèce.

Le chancre infectant reconnaît comme origine un chancre infectant et se transmet également dans sa forme.

Il est bien vrai que le chancre induré, inoculé sur un sujet préalablement syphilitique, donne naissance à une *ulcération à base molle*, analogue d'aspect au chancre simple. Mais, comme je vous l'ai dit ailleurs, cette analogie n'est probablement qu'apparente, puisque l'ulcération ainsi développée peut reproduire à son tour un chancre induré sur un sujet vierge.

En somme, les recherches sur la contagion établissent entre les deux variétés du chancre des différences encore plus considérables peut-être que les considérations symptomatologiques développées précédemment.

Mais c'est surtout la question du pronostic qui fait des deux chancres des espèces nosologiques complétement *indépendantes*, je pourrais dire *opposées*.

Le chancre simple est une lésion locale, sans influence sur l'économie. *C'est un chancre sans vérole.*

Le chancre induré crée une diathèse, engendre un état général, un tempérament morbide : c'est l'expression initiale d'une infection constitutionnelle, *c'est l'exorde de la vérole.*

Vous le voyez, sous quelque aspect que nous considérions ces deux chancres, nous ne rencontrons que des différences. Symptômes, formes cliniques, inoculation, contagion, pronostic, tout, en un mot, contribue à nous les présenter comme deux espèces absolument distinctes.

Jusqu'ici, Messieurs, nous nous sommes tenus dans les limites de l'observation. Nous n'avons fait que constater des symptômes de part et d'autre et les mettre en parallèle, sans nous élever à la raison doctrinale des différences que cette étude nous fournissait à chaque pas. — Mais je sens bien que cette simple exposition clinique est loin de vous satisfaire : vous demandez une conclusion à ces prémisses. Vous voulez qu'abordant l'un des plus

graves problèmes de la pathologie, je recherche avec vous s'il existe ou non, pour chacun des deux chancres, une cause spéciale, une source particulière. Vous voulez une formule doctrinale, une *théorie* (voilà le grand mot !) qui vous donne la clef, qui vous ouvre le sens de tous les faits précédents, et vos esprits inquiets agitent déjà la question brûlante de la *dualité du virus syphilitique*.

Eh bien, Messieurs, cette conclusion que vous me demandez, je ne puis, et personne, je crois, ne pourrait vous la donner aujourd'hui. Car la lumière se prépare seulement sur ce grave sujet. Plusieurs points (vous alliez peut-être l'oublier au moment de conclure), plusieurs points restent encore incertains et demandent de nouvelles recherches, appellent de nouveaux efforts; le voile n'est pas levé sur toutes les questions ; peut-être même toutes les données du problème ne sont-elles pas connues. Il faut donc retarder la solution ; *il faut attendre*.

Toutefois, et quelques enseignements que nous apporte l'avenir, il me semble bien établi dès ce jour que l'unicité du virus *syphilitique* ne saurait être compromise à aucun titre dans cette question. La syphilis est *une* et ne saurait se dédoubler, se bifurquer, pour ainsi dire, en deux entités morbides différentes. Lors même qu'on parviendrait à démontrer que les deux formes du chancre appartiennent à deux espèces pathologiques distinctes, l'on n'aurait encore rien fait contre l'unicité ; cela prouverait simplement, dans cette hypothèse, qu'à côté de la syphilis, il existe une affection étrangère, se manifestant comme elle par un symptôme initial à pus contagieux et virulent, mais n'exerçant pas, comme elle, une influence infectieuse sur l'économie. Il faudrait conclure de là non pas, comme on le fait trop légèrement, à la dualité du virus *syphi-*

litique, mais à l'existence d'un second virus *vénérien* ou *chancreux, indépendant de la syphilis.* En d'autres termes, il faudrait admettre deux virus, l'un appartenant à la syphilis et produisant le chancre infectant, l'autre étranger à la vérole et développant le chancre simple.

La dualité du virus chancreux n'est encore qu'une hypothèse que l'avenir jugera ; l'unicité du virus syphilitique est une vérité jugée par l'expérience et par le temps.

NOTES

ET

PIÈCES JUSTIFICATIVES.

NOTE I.

—

DE L'ACCIDENT INITIAL DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE. STATISTIQUE DE L'ANNÉE 1856.

« Le chancre est donc l'exorde obligé de la syphilis acquise. » (Page 10).

M. Ricord a écrit ailleurs : « *Pas de syphilis sans chancre, ou sans père ou mère vérolé.* — La vérole acquise reconnaît pour origine nécessaire UN CHANCRE. »

Cette grande *loi d'origine* de la syphilis, que M. Ricord s'est attaché à défendre depuis de longues années tant dans ses écrits qu'à la tribune et dans ses cliniques, a reçu aujourd'hui la sanction du temps et de l'expérience. Désireux néanmoins d'en donner une démonstration nouvelle à ses auditeurs de cette année, M. Ricord m'avait chargé, au moment de sa clinique, de faire à ce sujet le dépouillement de toutes les observations des malades admis dans le service pour des accidents de syphilis constitutionnelle. — Ce fut là l'origine du travail suivant (1).

Dans le cours de l'année 1856, HUIT CENT VINGT-SIX malades, affectés de différents symptômes de syphilis *constitutionnelle,* ont été soit admis dans les salles de l'hôpital, soit observés à la consultation.

Ces malades pourraient être répartis en deux groupes, comme il suit :

(1) Je dois dire que ce travail a été complété depuis l'époque où il fut lu par M. Ricord à ses cliniques. J'y ai annexé la statistique du dernier trimestre de 1856, en sorte que le tableau qui va suivre contient le relevé du service pour tout le cours de cette année.

Malades porteurs d'accidents secondaires. . . . 759
— — tertiaires. 67

Or, sur ce nombre de 826 malades, LE CHANCRE A PU ÊTRE CONSTATÉ HUIT CENT QUINZE FOIS COMME PRÉLUDE DES ACCIDENTS CONSTITUTIONNELS; — et cela, soit d'après les rapports des malades, soit d'après les résultats de notre propre investigation.

Onze cas seulement ont paru faire exception à la loi, c'est-à-dire que sur onze malades affectés de syphilis, le chancre n'a pu être retrouvé *comme origine* d'une façon certaine, ou bien que les malades donnaient une autre origine aux accidents qu'ils présentaient.

Mais analysons attentivement ces onze cas exceptionnels.

I et II. — Deux malades, âgés l'un de 18 et l'autre de 25 ans, *n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien d'aucune sorte*, se présentent avec des symptômes presque identiques, à savoir : sur le premier, tumeur gommeuse du voile du palais et tubercule ulcéré de la paroi postérieure du pharynx; — sur le second, tumeur gommeuse du voile.

Malgré l'absence de renseignement précis sur la génération ascendante, M. Ricord n'hésita pas à attribuer les accidents présentés par ces deux malades à une *diathèse héréditaire*.

Ces deux faits ne sauraient donc constituer d'exception à la loi de M. Ricord, simplement relative à la syphilis acquise.

III. — Il s'agit ici d'un malade qui fut admis à l'hôpital avec les symptômes suivants : plaques muqueuses anales confluentes et hypertrophiques; balano-posthite secondaire; adénopathie bi-inguinale spécifique; bubon cervical; alopécie; céphalée, etc. — Ce malade *niait formellement tout antécédent vénérien.* — Un examen minutieux fit découvrir sur le scrotum la présence d'une cicatrice arrondie, blanche, gaufrée, indice non douteux d'une ulcération ancienne et profonde, dont l'origine pouvait bien être spécifique. Le malade nous avoua qu'en effet, il avait été affecté, *quatre ou cinq mois auparavant*, d'un large « bouton » développé sur le siége de la cicatrice actuelle, et qui avait persisté pendant plusieurs semaines. — La base de la cicatrice ne présentait pas

d'induration, mais l'existence de l'adénopathie inguinale donnait à cette ulcération son véritable caractère, pour en faire l'origine de la diathèse.

IV. — Dans ce quatrième cas, il s'agit d'un enfant qui subit des approches *à præposterâ venere,* dans le courant d'octobre 1855. Il entra au Midi en 1856, pour des symptômes de syphilis *secondaire.* — L'accident primitif ne put être retrouvé.

L'enfant avait éprouvé, dans les mois de novembre et de décembre, quelques douleurs anales avec légères hémorrhagies au moment de la défécation ; mais jamais il ne constata de plaie extérieure.

V et VI. — Ces deux faits sont relatifs à des malades affectés de syphilis secondaire, qui nous avouèrent avoir servi à des rapports anti-physiques. — Ils niaient tous deux l'existence d'un chancre antérieur aux accidents qu'ils présentaient actuellement ; l'un d'eux accusait une blennorrhagie remontant à dix-huit mois. — Sur ce dernier, nous trouvâmes une cicatrice occupant la marge de l'anus ; mais sur le premier, il nous fut impossible de découvrir la moindre trace de chancre.

VII. — Ici, le malade, affecté de syphilide papuleuse, d'alopécie, de céphalée, etc..., rapportait l'origine de ces accidents à une ulcération voisine de l'anus, qui, d'après son dire, aurait été traitée pour un chancre dans l'un des hôpitaux de la capitale. — Cette ulcération ne laissait absolument aucune trace lors de l'entrée du malade au Midi.

VIII. — Malade affecté de syphilide papuleuse ; double adénopathie inguinale dure, multiple et indolente. — Phimosis d'une extrême étroitesse, ne permettant de voir que le sommet du gland. —Négation de tout antécédent vénérien : le malade disait seulement qu'environ six semaines à deux mois avant les accidents actuels, il avait contracté un léger écoulement venant sourdre entre le gland et le prépuce, écoulement qu'il attribuait à sa difformité congéniale.

L'exploration ne permettait pas de sentir sous le prépuce d'induration bien manifeste ; le doigt s'arrêtait toutefois sur un point de

tions précédentes ne saurait constituer d'objection véritable à ce grand principe doctrinal : *la vérole naît du chancre et ne reconnaît pas d'autre origine.*

Sur un total de 826 malades, pas une exception sérieuse ne s'est produite !

A. FOURNIER.

NOTE II.

—

THÉORIE DU DOUBLE VIRUS. — M. BASSEREAU.

Voici l'ensemble de cette théorie, telle qu'elle a été formulée par son auteur :

« Il est démontré par l'observation que parmi les chancres traités sans mercure et cicatrisés sous l'influence des moyens les plus vulgaires, les uns, comme des plaies simples, semblent borner toute leur action à la partie ulcérée et tout au plus aux ganglions les plus voisins, tandis que les autres engendrent une disposition pathogénique, en vertu de laquelle se développent dans l'économie, quelquefois durant toute la vie, les symptômes les plus variés, auxquels on a donné le nom de *syphilis constitutionnelle.*

La véritable cause d'une telle différence d'action sur l'organisme, c'est que TOUS LES CHANCRES NE SONT PAS DE LA MÊME NATURE, les uns étant de *simples ulcères contagieux,* connus depuis l'antiquité ; les autres appartenant à une maladie qui semble n'avoir paru en Europe, au rapport des médecins les plus dignes de foi, que vers la fin du XV[e] siècle, maladie dont l'ulcère des organes génitaux n'est que le premier stade, ou, comme l'on dit, le symptôme primitif.

La première preuve de la différence de nature de ces chancres repose sur des observations qui montrent que l'*une des espèces ne peut engendrer l'autre;* en d'autres termes, qu'un sujet atteint d'un chancre, qui ne sera suivi d'aucun accident constitutionnel, ne communique jamais à un autre individu un chancre suivi de symptômes secondaires de la syphilis, et *vice versâ.*

La seconde preuve est historique. En effet, lorsqu'on étudie tout ce que les anciens et les modernes ont écrit sur les maladies des organes génitaux, on voit que la blennorrhagie, les chancres, les bubons, les végétations, se trouvent mentionnés jusque dans les dernières années du XV[e] siècle, comme des maladies qui n'exigent que des remèdes locaux ;

il n'est pas question, une seule fois jusque-là, d'accidents consécutifs aux affections des parties génitales.

La fin du xve siècle est marquée par l'apparition d'une *maladie nouvelle,* disent tous les auteurs contemporains. Cette maladie commence par des ulcères qui sont rapidement suivis d'éruptions pustuleuses sur tout le corps, et de douleurs affreuses dans la tête et dans les membres.

Les médecins témoins de l'apparition de la maladie nouvelle ne confondent point d'abord les ulcères calleux par lesquels elle commence, avec les ulcères des organes générateurs, connus depuis l'antiquité. Aussi ces deux espèces d'ulcères contagieux occupent-elles dans leurs écrits des chapitres et même des livres séparés; mais vingt à trente ans après l'apparition de la syphilis en Europe, un grand nombre de médecins, ne sachant pas, comme ceux qui avaient été témoins de ses premiers ravages, distinguer les accidents par lesquels débutait la maladie nouvelle, de ceux qui n'avaient aucun rapport avec elle, prirent peu à peu l'habitude de soumettre au traitement mercuriel tous les malades atteints de blennorrhagie, de chancres, de bubons, *sans aucune distinction;* car l'usage était déjà établi d'administrer le mercure, non seulement comme modificateur des symptômes syphilitiques existants, mais encore comme prophylactique des accidents à venir, dès que les premiers signes de la contagion commençaient à paraître.

La confusion qui régnait dans la pratique s'introduisait en même temps dans les livres; les syphiliographes du milieu du xvie siècle englobèrent successivement dans la syphilis tous les symptômes vénériens connus depuis l'antiquité, et que les médecins, qui exerçaient déjà leur art dans les dernières années du xve siècle, avaient pris soin de ne point rapprocher de la maladie nouvelle.

La plupart des syphiliographes qui écrivirent après la fusion de tous les symptômes vénériens en une seule maladie, s'aperçurent qu'il n'y avait pas concordance entre les premières descriptions de la syphilis et un grand nombre de celles qui furent données depuis. Mais au lieu de voir, dans ce défaut de concordance, le fait d'une simple annexion à la maladie nouvelle de symptômes qu'on avait autrefois l'habitude de séparer, ils crurent que les nouveaux symptômes contenus dans les dernières descriptions tenaient à des variations de forme survenues dans la syphilis.

C'est pourquoi le nom de *protée* pathologique lui fut donné par Fallope, qui avait admis, sur la foi de son maître Brassavole, qu'elle pouvait se montrer tantôt sous la forme d'un écoulement urétral, tantôt sous celle d'un ulcère ou d'un bubon, en bornant à l'une de ces manifesta-

tions son action sur l'économie, et que d'autres fois elle débutait par l'un de ces symptômes et envahissait ensuite tout l'organisme.

Cette doctrine de l'unité de nature de toutes les maladies vénériennes, qui commença à régner avant même le milieu du XVI° siècle, a produit deux résultats également fâcheux : le premier, c'est d'avoir fait considérer comme identiques des affections qui, en nosologie, doivent rester séparées ; le second, d'avoir exposé depuis trois siècles, sans la moindre opportunité, une multitude de malades à tous les inconvénients du traitement mercuriel. » (L. BASSEREAU.)

NOTE III.

LA SYPHILISATION. — M. LINDMANN.

« ..... Où sont donc aujourd'hui les sujets syphilisés ?... Est-ce cet intrépide expérimentateur, M. Lindmann, qui s'est inoculé DEUX MILLE DEUX CENTS CHANCRES, ET PLUS, sans avoir encore mérité cette bienheureuse saturation, dernier vœu des syphilisateurs ? »

Ce chiffre de *deux mille deux cents* chancres n'est pas une évaluation approximative ; c'est un total exact, *arithmétique*. Il s'agit ici de chancres comptés un à un, et comptés par un observateur aussi rigoureux que dévoué.

Ce chiffre est, d'ailleurs, bien au-dessous du nombre d'inoculations auquel M. Lindmann est arrivé aujourd'hui. Voici ce qu'il nous disait, à la date du 26 novembre, en nous permettant de reproduire ses paroles :

« Je me suis fait une série d'inoculations très considérable avec le pus du *chancre simple,* et je m'en fais encore journellement. — J'en ai compté très exactement *deux mille deux cents.* — Depuis que j'ai atteint ce chiffre, je n'ai plus compté ; mais j'ai de beaucoup dépassé ce nombre, *de plusieurs centaines au moins, cinq cents peut-être.* — Je me suis encore inoculé dans ces derniers temps, et *toujours avec le même succès.* JAMAIS UNE INOCULATION NÉGATIVE AVEC LE PUS DU CHANCRE SIMPLE ! »

Et M. Lindmann nous montra, en effet, sur ses avant-bras, des ulcérations en pleine activité, à côté de très nombreuses cicatrices encore récentes.

A. FOURNIER.

NOTE IV.

DOCUMENTS SUR LA QUESTION DU CHANCRE CÉPHALIQUE.

Je reproduis ici deux documents relatifs à l'intéressante question du chancre céphalique. Le premier, dont je dois la communication à M. le docteur Puche, est le relevé de tous les *chancres céphaliques* observés par ce savant médecin, depuis l'époque où il a pris le service du Midi (1).

Le second est un relevé semblable de tous les chancres de la même région, observés dans le cours de cette année (1856) tant à l'hôpital du Midi qu'à l'infirmerie de Saint-Lazare.

I

Comme l'a dit M. Ricord dans ses cliniques, le document fourni par M. Puche présente d'autant plus de prix, indépendamment de l'autorité scientifique de son auteur, que le plus grand nombre des observations qui le composent ont été recueillies à une époque déjà assez éloignée, c'est-à-dire dans un temps où le problème du chancre céphalique ne pouvait être ni soulevé ni prévu. On peut donc le regarder comme l'expression de la vérité clinique prise sur nature, observée et décrite sans esprit de doctrine.

Il serait superflu, je pense, de reproduire *in extenso* ces observations. Je n'en donnerai que le sommaire, en insistant seulement sur les particularités relatives à la question qui nous occupe.

Obs. 1. — Sujet de 25 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste. — Premier accident vénérien (2).

(1) Je prie M. Puche de recevoir ici l'expression de ma vive gratitude pour la bienveillance infinie avec laquelle il m'a permis de puiser dans ses précieuses collections cliniques les éléments de ce relevé.

(2) L'on remarquera que la plupart des observations citées dans cette note

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Adénopathie cervicale double.

Obs. 2. — Sujet de 19 ans. — Tempérament lymphatique; constitution moyenne. — Premier accident vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole.

Obs. 3. — Sujet de 38 ans. — Tempérament bilioso-sanguin.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Chancre induré de la lèvre inférieure. — Traitement mercuriel commencé avant tout accident constitutionnel. (Le malade ne reste que 18 jours au Midi; perdu de vue.)

Obs. 4. — Sujet de 31 ans. — Tempérament lymphatique. — Premier accident vénérien.

Chancre lingual induré. — Chancre huntérien de la joue, près la commissure labiale. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole. — Adénopathie cervicale.

Obs. 5. — Sujet de 23 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution moyenne. — Blennorrhagie vingt mois avant le chancre actuel.

Chancre lingual induré.

Syphilide érythémateuse. — Papules muqueuses du scrotum; papules muqueuses de la lèvre inférieure. — Adénopathie cervicale.

Obs. 6. — Sujet de 35 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. — Constitution bonne. — Blennorrhagie un mois avant le chancre actuel.

Chancre induré de la lèvre supérieure. Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Papules muqueuses des bourses et de la verge. — Impétigo du cuir chevelu.

Obs. 7. — Sujet de 20 ans. — Tempérament lymphatique. — Constitution moyenne. — Blennorrhagie contractée en même temps que le chancre.

contiennent des détails relatifs à l'âge des sujets, à leur constitution, à leur tempérament, à leurs antécédents vénériens, etc... — C'est qu'en effet toutes ces conditions ont été invoquées comme autant de prédispositions pouvant exercer une certaine influence sur le *caractère* et la *forme* du chancre, ainsi que sur ses manifestations consécutives. L'on verra par ce qui suit que l'on ne saurait attribuer à aucune d'entre elles le caractère fatalement infectieux du chancre céphalique. A. F.

Chancre de la lèvre supérieure.

Papules muqueuses ulcérées des lèvres et des piliers du voile du palais; papules muqueuses de l'anus et des orteils. — Adénopathie cervicale gauche.

Obs. 8. — Sujet de 27 ans. — Tempérament lymphatique; constitution débile. — Urétrite cinq mois avant les accidents actuels.

Chancre de la lèvre supérieure. — Chancre de la langue. — Adénopathie sous-maxillaire double et indolente.

Papules muqueuses des piliers du voile du palais, de la luette et des amygdales.

Obs. 9. — Sujet de 19 ans, lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Plaques muqueuses du gland, du scrotum et de l'anus. — Adénopathie cervicale.

Obs. 10. — Sujet de 35 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. — Constitution moyenne. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole érythémateuse. — Papules muqueuses du scrotum et de la face interne des cuisses. — Ophthalmie spécifique. — Alopécie. — Céphalée. — Adénopathie cervicale.

Obs. 11. — Sujet de 32 ans. — Tempérament bilioso-sanguin. — Constitution forte. — Une urétrite douze ans avant le chancre.

Chancre induré de la lèvre inférieure, près la commissure.

Plaques muqueuses du voile du palais. — Adénopathie cervicale. — Urétrite, quatre mois après le chancre.

Obs. 12. — Sujet de 44 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution vigoureuse.

Chancres à l'âge de 22 ans, sans accidents consécutifs.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse. — Papules muqueuses. — Adénopathie cervicale gauche.

Obs. 13. — Sujet de 26 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution forte.

Chancre à l'âge de 22 ans, avec urétrite. — Nul accident consécutif.

Chancre induré de la langue.

Traitement mercuriel commencé au quinzième jour de la maladie. — (Le malade est perdu de vue huit jours après.)

OBS. 14. — Sujet de 35 ans. — Tempérament bilioso-sanguin. Constitution forte.

Chancres à l'âge de 28 ans, sans accidents consécutifs.

Chancre induré de la lèvre supérieure (induration très accusée).

Traitement mercuriel commencé le 21e jour de la maladie, et continué 34 jours, sans accidents. — Perdu de vue.

OBS. 15. — Sujet de 24 ans, lymphatique. — Pas d'accident vénérien antérieur.

Chancre parcheminé de la lèvre inférieure.

Éruption papuleuse cuivrée. — Papules muqueuses de l'anus et du scrotum. — Éruption pustuleuse du cuir chevelu. — Tumeur gommeuse.

OBS. 16. — Sujet de 27 ans. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre labial. — Plaques muqueuses de l'anus et de la gorge. — onyxis; chute des ongles des pieds et des mains.

OBS. 17. — Sujet de 27 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution forte. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire. Otite. — (Traitement mercuriel commencé au 21e jour, continué deux mois, sans accidents constitutionnels. — Perdu de vue.)

OBS. 18. — Sujet de 22 ans. — Tempérament lymphatique. — Une blennorrhagie antérieure.

Chancre du sillon naso-labial. — Adénopathie sous-maxillaire très développée.

Papules muqueuses du scrotum et du fourreau; balano-posthite; papules muqueuses des lèvres et des amygdales; psoriasis spécifique; adénopathie cervicale; douleurs rhumatoïdes.

OBS. 19. — Sujet de 24 ans.

Urétrite à l'âge de 14 ans. — Chancres simples à 21 ans, traités sans médication mercurielle par M. Puche. — Nul accident consécutif.

Chancre lingual. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole érythémateuse; érythème des amygdales; angine; alopécie; adénopathie cervicale. — Céphalée nocturne.

OBS. 20. — Sujet de 22 ans, lymphatique. (Vu seulement une fois à la consultation.)

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Obs. 21. — Sujet de 19 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure. Adénopathie sous-maxillaire. Diarrhée incoërcible, brusquement supprimée au moment de l'éruption d'un psoriasis confluent. — Adénopathie cervicale.

Obs. 22. — Sujet de 25 ans. — Tempérament lymphatico-sanguin. — Urétrite quinze mois avant le chancre actuel.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Syphilide papuleuse. — Angine.

Obs. 23. — Sujet de 27 ans, lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la pointe de la langue. — Adénopathie sous-maxillaire.

Transformation du chancre en papule muqueuse. — Plaques muqueuses du voile. — Céphalée.

Chancre simple de la verge, consécutif à l'infection.

Obs. 24. — Sujet de 24 ans. — Tempérament sanguin. Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la face. — Bubon sous-maxillaire; suppuration *quatre mois* après le début du chancre, à une époque où la *cicatrisation* était complète. (Adénite strumeuse.)

Roséole; plaques muqueuses des lèvres, des piliers, des bourses.

Roséole de récidive. — Douleurs rhumatoïdes.

Obs. 25. — Sujet de 32 ans. — Tempérament sanguin. — Constitution robuste. — Nul accident vénérien antérieur.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — CHANCRE INDURÉ DE L'INDEX GAUCHE. (Ces deux chancres, apparus simultanément, provenaient de la même origine.)

Roséole. — Papules muqueuses du gland, du prépuce, des lèvres et de l'anus. — Adénopathie cervicale. — Alopécie. — Douleurs rhumatoïdes.

Obs. 26. — Sujet de 30 ans. — Nul antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole papuleuse; plaques muqueuses des lèvres, du voile et des piliers. — Céphalée. — Adénopathie cervicale.

Obs. 27. — Sujet de 24 ans. — Tempérament sanguin; forte constitution.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Adénopathie sous-maxillaire.

Syphilide lenticulée. — Papules muqueuses des lèvres. — Éruption croûteuse du cuir chevelu.

Obs. 28. — Sujet de 30 ans.

Chancre parcheminé de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire indurée.

Roséole papuleuse. — Plaques muqueuses labiales, annulaires.

Céphalée. — Adénopathie cervicale postérieure et mastoïdienne.

Papules muqueuses du voile du palais.

Ce résumé comprend donc *vingt-huit* observations relatives à des accidents primitifs développés sur diverses régions de la tête, les lèvres, la langue, les narines, la joue, etc.

Or, sur ces vingt-huit cas, il en est *vingt-trois* dans lesquelles l'on trouve signalés consécutivement à l'accident initial des symptômes non douteux de syphilis constitutionnelle.

Il en est *cinq*, au contraire, dans lesquels il n'est pas fait mention d'accidents consécutifs. Mais, dans ces cinq cas, l'induration du chancre est toujours signalée, avec l'adénopathie spécifique de l'ulcère infectieux, de façon à ne permettre aucun doute sur l'existence de la diathèse. L'absence des manifestations constitutionnelles n'y saurait être attribuée qu'à l'intervention hâtive du traitement mercuriel.

En somme, *les vingt-huit observations de M. Puche sont toutes relatives à des chancres indurés, c'est-à-dire à l'espèce infectieuse de l'ulcère vénérien primitif. — Pas une observation de chancre simple, non infectieux, développé sur la région céphalique.*

II

Séduit par la mystérieuse singularité de cette question du chancre céphalique, j'ai tenté moi-même quelques recherches sur ce sujet,

sous la direction de M. Ricord. Sur plus de 120 observations soigneusement recueillies ou empruntées à différents travaux sur la syphilis, je n'ai guère rencontré, jusqu'à ce jour, que deux ou trois cas *paraissant* relatifs à des chancres de nature non infectieuse développés sur la région céphalique. Encore aucun d'entre eux ne présente-t-il un degré suffisant de certitude — Je rendrai compte ailleurs de ces recherches, me bornant ici à reproduire, à titre de documents, les observations suivantes, encore inédites, et recueillies dans le courant de cette année tant à l'hôpital du Midi qu'à l'infirmerie de Saint-Lazare.

Hôpital du Midi, 1856.

Obs. 1. — Sujet de 23 ans. — Tempérament lymphatique, constitution débile. — Deux blennorrhagies antérieures, sans accidents.

Chancre induré de la lèvre supérieure, à gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche, dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses gutturales. — Adénopathie cervicale postérieure. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie.

Obs. 2. — Sujet de 23 ans. Tempérament sanguin, pléthorique ; constitution très robuste. — Blennorrhagie antérieure sans accidents consécutifs.

Double chancre induré de la lèvre supérieure. — Bubon sous-maxillaire induré. — Blennorrhagie simple, datant de la même époque que les chancres. (Même origine.)

Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses anales. — Plaques muqueuses des orteils. — Alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 3. — Sujet de 34 ans. — Tempérament sanguin, constitution robuste. — Une blennorrhagie, à l'âge de 22 ans, dégénérée en suintement habituel.

Chancre induré de la rainure glando-préputiale. — Chancre parcheminé de la lèvre supérieure (ces deux chancres ont été contractés à la même époque et avec la même femme). — Bubon inguinal dur et indolent ; bubon sous-maxillaire, dur, volumineux, indolent.

Traitement mercuriel commencé de bonne heure. — Céphalée nocturne très intense. — Douleurs rhumatoïdes. — Alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 4. — Sujet de 23 ans. — Tempérament sanguin ; constitution des plus robustes ; développement musculaire considérable.

Chancres de la verge, il y a quinze mois. — Pas de traitement mercuriel. — Nul accident consécutif. — Nouveaux chancres de la verge, il y a six mois. Pas de traitement. — Nul accident depuis cette époque.

Chancre parcheminé de la lèvre supérieure. — Double bubon sous-maxillaire induré.

Six semaines après le début de ce chancre, syphilide érythémateuse confluente. — Plaques muqueuses gutturales. — Adénopathie cervicale postérieure. — Alopécie.

Obs. 5. — Sujet de 24 ans. — Tempérament lymphatique. — Aucun antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses des amygdales. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 6. — Sujet de 20 ans, lymphatique et débile. — Deux blennorrhagies antérieures, l'une datant de quatre ans et l'autre d'un mois.

Chancre induré de la commissure labiale gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche, dur, indolent, volumineux.

Syphilide papuleuse. — Papules muqueuses labiales.

Obs. 7. — Sujet de 28 ans, robuste et pléthorique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la narine.

Roséole. — Plaques muqueuses buccales. — Plusieurs récidives des plaques muqueuses de la bouche. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie.

Obs. 8. — Sujet de 21 ans. — Tempérament lymphatique. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre labial induré. — Bubon sous-maxillaire indolent.

Syphilide psoriasique. — Plaques muqueuses des lèvres et des amygdales.

Obs. 9. — Sujet de 29 ans. — Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre de la cloison des fosses nasales.

Roséole. — Plaques muqueuses amygdaliennes. — Adénopathie cervicale postérieure. — Alopécie.

Obs. 10. — Sujet de 33 ans. — Tempérament bilieux; constitution médiocre. — Une blennorrhagie antérieure, datant de deux mois.

Chancre induré de la pointe de la langue. — Ganglions sus-hyoïdiens durs et indolents.

Syphilide érythémateuse. — Papules muqueuses du scrotum. — Plaques muqueuses buccales. — Alopécie.

Obs. 11. — Sujet de 30 ans. — Tempérament lymphatique, — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la paupière supérieure. — Bubon prœ-auriculaire dur et indolent.

Roséole — Plaques muqueuses du voile du palais, de ses piliers et des amygdales. — Impétigo nasal.

Obs. 12. — Sujet de 29 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste. — Aucun antécédent vénérien.

Chancre induré de la commissure labiale gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche induré.

Roséole. — Plaques muqueuses anales. — Balano-posthite secondaire. — Alopécie.

Obs. 13. — Sujet de 32 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste. — Aucun antécédent vénérien.

Cicatrice brune, arrondie, sur la commissure labiale gauche; sans induration. (L'accident remonterait à huit mois.) — Adénopathie sous-maxillaire gauche, encore persistante.

Syphilide ecthymateuse; alopécie; adénopathie cervicale.

Obs. 14. — Sujet de 23 ans. — Constitution robuste. — Une blennorrhagie antérieure datant de six mois.

Chancre induré de la lèvre inférieure, à gauche. — Bubon sous-maxillaire gauche induré.

Roséole. — Plaques muqueuses buccales.

Obs. 15. — Sujet de 28 ans, lymphatique.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses du scrotum, de la marge de l'anus, des commissures labiales et des piliers du voile du palais. — Ganglions cervicaux postérieurs.

Obs. 16. — Sujet de 27 ans, sanguin et robuste.

Chancre induré de la commissure labiale droite. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Alopécie. — Céphalée.

Obs. 17. — Sujet de *soixante-cinq* ans. — Constitution moyenne. — Tempérament bilieux.

Chancre induré de la commissure labiale droite.

Plaques muqueuses ulcérées des amygdales et des piliers du voile du palais. — Carie des os propres du nez. — Carie des os palatins. — Tumeurs gommeuses.

Obs. 18. — Sujet de 21 ans. — Constitution moyenne. — Tempérament lymphatique. — Blennorrhagie datant de six semaines.

Chancre labial induré. — Adénopathie sous-maxillaire.

Roséole.

Obs. 19. — Sujet de 26 ans, lymphatique; constitution faible. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Adénopathie sous-maxillaire indolente.

Syphilide papulo-squammeuse; plaques muqueuses de la gorge, de la langue, des lèvres, etc. — Adénopathie cervicale. — Alopécie.

Infirmerie de Saint-Lazare.

Obs. 20 (1). — Fille publique. — 21 ans. — Tempérament lymphatique; constitution faible.

Chancre induré de la lèvre supérieure. — Bubon sous-maxillaire dur et indolent.

Roséole. — Plaques muqueuses.

Obs. 21. — Fille publique. — 22 ans. — Tempérament sanguin; constitution forte.

Chancre induré de la lèvre inférieure. — Bubon sous-maxillaire indolent.

Obs. 22. — Fille publique. — 18 ans. — Tempérament lymphatique.

Chancre induré de la paupière supérieure.

Syphilide érythémateuse. — Plaques muqueuses.

Obs. 23. — Fille publique. — 18 ans. — Constitution faible. — Pas d'antécédent vénérien.

(1) Je dois les observations suivantes à mon collègue E. Caby, qui étudiait en même temps que moi, à St-Lazare, la question du chancre céphalique.

Chancre induré de la langue.

Syphilide papulo-squammeuse. — Éruption croûteuse du cuir chevelu ; alopécie. — Adénopathie cervicale postérieure.

Obs. 24. — Fille publique. — 26 ans. — Constitution très forte ; tempérament sanguin.

Chancre induré de la langue.

Syphilide polymorphe. — Plaques muqueuses.

Obs. 25. — Fille publique. — 19 ans. — Constitution forte. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre induré de la lèvre supérieure.

Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses de la vulve. — Ganglions cervicaux.

Obs. 26. — Fille publique. — 22 ans. — Tempérament bilieux ; constitution forte.

Retenue à plusieurs reprises à Saint-Lazare pour des *chancres simples* de la vulve. — Aucun accident consécutif de syphilis.

Large chancre induré du front. — Chancre induré de la lèvre supérieure.

Roséole. — Plaques muqueuses buccales. — Alopécie. — Ganglions cervicaux.

Ce tableau n'a pas besoin de commentaire. Sur *vingt-six* cas de chancres céphaliques (chancres des lèvres, de la langue, de la narine, de la cloison des fosses nasales, de la paupière et du front), l'on y trouve signalée *vingt-quatre fois* l'induration spécifique avec les symptômes propres à la syphilis généralisée ; deux fois seulement l'induration n'a pu être constatée, parce que les malades se sont présentés trop tardivement à notre observation, mais, dans ces *deux* cas, des symptômes de syphilis constitutionnelle témoignaient du caractère infectieux des chancres qui les avaient précédés.

En somme, pas une exception à cette règle de l'induration constante et comme *fatale* du chancre céphalique !

A. Fournier.

NOTE V.

—

SIÉGE DU CHANCRE.

Les graves et intéressants problèmes que soulève cette question du *siége du chancre* ont fait désirer à M. Ricord qu'il fût dressé à ce sujet un tableau synoptique renfermant tous les chancres observés cette année dans son service.

Dans l'intention de notre maître, ce tableau devait à la fois établir d'une façon précise la fréquence relative des chancres des différentes régions, et surtout répondre par des preuves numériques à certaines erreurs doctrinales dont il sera bientôt question.

J'ai dressé en conséquence le tableau suivant sur les observations de 824 malades, dans lesquelles le siége du chancre a été noté avec précision.

			Chancres indurés.	Chancres simples.
Malades	affectés de	*Chancres du gland et du prépuce.* .	314	296
—	—	*Chancres du fourreau de la verge.* .	60	15
—	—	*Chancres multiples de la verge,* c'est-à-dire présentant à la fois des chancres du prépuce et du fourreau, du fourreau et du gland, etc.	11	17
—	—	*Chancres du méat urinaire.*	32	9
—	—	*Chancres intra-urétraux* (ne pouvant être aperçus par l'écartement forcé des lèvres du méat; diagnostiqués par l'inoculation, par le toucher, par la lymphangite, etc. . .	17	3
—	—	*Chancres du scrotum.*	7	»
—	—	*Chancres du sillon péno-scrotal.* . .	4	»

			Chancres indurés.	Chancres simples.
Malades affectés de		*Chancres de l'anus*	6	2
—	—	*Chancres des lèvres*.	12	»
—	—	*Chancres de la langue*	3	»
—	—	*Chancre du nez*.	1	»
—	—	*Chancre de la pituitaire*	1	»
—	—	*Chancre de la paupière*.	1	»
—	—	*Chancres des doigts*.	1	1
—	—	*Chancre de la jambe* (1)	1	»

Ce tableau contient quelques résultats très significatifs.

I. — Il établit d'une façon démonstrative la fréquence de certains chancres qu'on s'obstine à regarder comme très rares et tout à fait exceptionnels. Tels sont, en première ligne, les chancres *intra-urétraux*. Sur un total de 824 chancres, l'on en trouve ici VINGT siégeant DANS L'URÈTRE, *et à une distance assez éloignée pour ne pouvoir être aperçus par l'écartement forcé des lèvres du méat* (2). — Je dois noter encore que ce chiffre est *au-dessous de la moyenne réelle :* car, dans les cas où un chancre d'une région facilement accessible coexiste avec un chancre de l'urètre, ce dernier risque souvent de passer inaperçu.

Viennent, après les chancres de l'urètre, les chancres de la face, des *lèvres,* de la langue, etc. : toutes régions sur lesquelles l'existence d'un accident *primitif* passait, il n'y a pas longtemps encore, aux yeux de certains syphiliographes, pour un fait *au moins contestable.* — Le tableau précédent démontre que les chancres de ces régions sont loin d'être rares.

II. — L'on remarquera que les *chancres simples du fourreau de la verge* sont assez rares. C'est même cette rareté qui a fait

(1) Mon collègue V. Poisson a observé, cette année, un *chancre du pied.* Ce chancre siégeait dans le sillon intermédiaire au quatrième et au cinquième orteil. Il a fourni par l'inoculation la pustule spécifique. A. F.

(2) Je ferai remarquer qu'il n'est question ici que de chancres *intra-urétraux*, non apparents à l'extérieur. J'ai établi une division à part pour les chancres du méat.

croire et dire à certains syphiliographes d'un grand mérite que *tous les chancres du fourreau donnaient la vérole.* — Il est vrai qu'on rencontre bien plus souvent sur le fourreau des ulcérations à base parcheminée que des ulcérations à base molle. La raison de cette inégalité nous échappe ; mais, en tout cas, il serait faux de l'attribuer à une sorte de réaction du terrain sur la nature du chancre ; car, dans cette hypothèse, *tous* les chancres de cette région devraient fatalement présenter le même caractère, comme forme initiale, et les mêmes conséquences ultérieures. Or, les chiffres précédents protestent contre une semblable *uniformité.*

III. — Même remarque pour les chancres des doigts, auxquels certains praticiens attribuent un pouvoir infectieux *fatal.* — Sur deux cas observés, l'on en trouve un pour chaque variété du chancre.

IV. — L'induration étant difficilement appréciable sur l'*anus*, l'on a cru qu'elle ne s'y formulait pas, et que les chancres de cette région pouvaient s'accompagner de symptômes constitutionnels, sans revêtir cette forme obligée des ulcérations de nature infectieuse. — Notre statistique montrera que, sur cette région même, l'induration n'échappe pas à la main habile de M. Ricord.

V. — Enfin, les quelques exemples que nous avons cités de chancres à siége très singulier (chancre du nez, chancre de la pituitaire, chancre de la jambe, etc.), démontreront, une fois de plus, qu'il n'est pas de région sur laquelle l'accident primitif ne puisse s'implanter, et que dans les cas de syphilis dont l'exorde fait défaut à la verge, la négation du chancre comme prélude de la diathèse ne serait acceptable qu'après une investigation *générale* des plus minutieuses. — C'est ce qu'avait dit Fernel : « *Omnes partes adeundæ, à quibus initium habere potest,* etc... »

A FOURNIER.

NOTE VI.

—

CONTAGION MÉDIATE. — M. CULLERIER.

Il est un mode de contagion de la syphilis sur lequel les auteurs ne sont point d'accord, et dont l'authenticité, admise par les uns, suspectée par les autres, n'avait jamais reçu la sanction définitive d'une expérimentation méthodique et rigoureuse. Je veux parler de la CONTAGION MÉDIATE.

C'est pour éclairer ce point de la science, que M. Cullerier a entrepris les expériences auxquelles fait allusion notre maître (page 24), et que l'on retrouvera reproduites dans cette note.

« Il arrive à tous les praticiens, dit M. Cullerier, et plus encore à ceux qui s'occupent spécialement de syphilis, d'être consultés par des malades affectés de chancres provenant de femmes soumises à l'examen, et chez lesquelles l'attention la plus scrupuleuse ne fait absolument rien découvrir qui ait pu donner lieu à la contagion. C'est là un fait commun et qui devait être bien plus fréquent lorsque le spéculum n'était pas, comme aujourd'hui, indispensablement appliqué à la recherche des symptômes vénériens chez les femmes.

» Je suppose un malade qui dit avoir gagné des chancres avec une personne suspecte, une fille publique par exemple, c'est-à-dire une femme qui a pu, dans un espace de temps très court, exercer le coït avec plusieurs hommes dont elle ne connaît pas l'état de santé. On ne découvre chez elle aucune ulcération, aucune trace de solution de continuité récente, pas la moindre rougeur anormale : peut-on supposer que cette femme a reçu d'un premier homme le principe syphilitique qu'elle a transmis à un autre sans en ressentir elle-même l'influence, sans que la muqueuse sur laquelle le liquide virulent a été déposé lui ait ouvert une porte

d'entrée capable de lui livrer passage dans l'économie, ou tout au moins de manifester localement sa présence; en un mot, *cette femme a-t-elle pu servir de simple véhicule*, et favoriser à son insu une CONTAGION MÉDIATE?

» Voici les expériences que j'ai instituées pour éclairer ce point :

« La nommée Louise Vaudet, âgée de 16 ans, est entrée à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 9, le 10 octobre 1848. Elle portait dans chaque aine une ulcération à fond grisâtre et à bords taillés à pic. La maladie date d'un mois; elle n'a pas été traitée, et, lors de l'entrée à l'hôpital, il y a une violente inflammation de la peau du ventre et de celle de la partie supérieure des cuisses par suite de la marche. — Bains, cataplasmes, repos au lit pendant plusieurs jours. Lorsque l'examen des parties génitales peut être fait sans douleur, on ne constate *aucune ulcération* ni à la vulve ni à l'anus. Tout le vagin est rouge; il est le siége d'une sécrétion muco-purulente abondante, mais sans ulcération; le col de l'utérus est sain.

» Pansement des ulcérations chancreuses des aines avec de la charpie imbibée de vin aromatique, injections vaginales avec une solution d'alun. Six semaines après l'entrée de la malade à l'hôpital, les ulcérations ont diminué de moitié et la vaginite est singulièrement amendée. Le 25 novembre, *après m'être de nouveau bien assuré que la muqueuse de la vulve et du vagin n'est ulcérée en aucun point et que le produit de la sécrétion de ces parties n'est pas inoculable*, je recueillis sur une spatule le pus d'un des chancres inguinaux en assez grande quantité et je le portai dans le vagin. Je fis promener la malade pendant *trente-cinq minutes* en la surveillant de manière qu'elle ne portât pas la main à la vulve. Au bout de ce temps, je pris sur une lancette une certaine quantité de l'humidité vaginale et j'inoculai une des cuisses de la malade. Je lavai ensuite à grande eau tout le vagin et la vulve, j'essuyai avec précaution, puis je lavai de nouveau avec de l'eau fortement aluminée. Quarante-huit heures après, la piqûre d'inoculation avait donné lieu à la pustule caractéristique. Je la respectai jusqu'au lendemain pour plus d'exactitude dans l'expérience, et je la détruisis alors avec le caustique de Vienne. Rien absolument ne parut au vagin, l'inflammation n'y fut pas augmentée, et deux mois après la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie et de la vaginite et des ulcérations inguinales.

» La seconde expérience a été faite sur la nommée Célestine X..., âgée de 24 ans, entrée à Lourcine, salle Saint-Louis n° 7, le 28 novembre 1848.

» Elle portait à l'aine droite un bubon ulcéré qui datait de deux mois et qui avait succédé, dit-elle, à un bouton qui n'a duré que quelques jours et qui siégeait sur la face interne d'une des grandes lèvres. A l'époque de l'entrée à l'hôpital, on ne distingue pas la trace de ce bouton. La vulve, le vagin, le col de l'utérus et l'anus sont dans un état tout à fait normal. L'aspect de l'ulcération de l'aine me fait supposer qu'elle est spécifique. Dès le lendemain, 29, le pus du bubon est pris avec une spatule et placé dans le vagin en imprimant quelques mouvements de va-et-vient et tâchant de le porter aussi haut que possible. La malade se promène ensuite pendant près d'une heure, sans savoir qu'elle est l'objet d'une expérimentation. Elle est ramenée au lit, et alors je recueille sur une lancette tout ce que je puis des humidités vaginales en faisant remarquer aux élèves et à quelques jeunes confrères qui m'entourent, qu'on ne distingue plus le pus introduit dans le vagin, et que ce que j'ai sur ma lancette ressemble tout à fait au mucus normal. J'inocule à l'une des cuisses et j'emploie les mêmes précautions de lavage que dans le cas précédent. Dès le lendemain, la pustule caractéristique s'élève et je ne la détruis qu'après quarante-huit heures. La vulve, le vagin et le col utérin sont ensuite surveillés pendant quelques jours, mais rien n'y paraît, le mal reste borné à l'aine. (Je ne dois pas omettre de dire que, bien qu'il n'y eût aucun signe de maladie à l'intérieur des organes génitaux, je n'en fis pas moins le même jour une inoculation avec le mucus qui les baigne, et que cette inoculation resta négative.)

» Ces deux expériences prouvent surabondamment que la CONTAGION MÉDIATE par l'intermédiaire du vagin, contagion qui, jusqu'à présent, n'a été regardée que comme possible, est désormais un fait acquis à la science, et que *ce qui n'était qu'une probabilité passe à l'état de certitude* (1). »

Je n'ajouterai que quelques mots d'historique aux expérimentations si concluantes de M. Cullerier, pour faire remarquer que la contagion médiate a rencontré beaucoup moins d'incrédulité dans les siècles précédents qu'elle n'en soulève de notre époque. M. Cullerier l'a déjà signalée dans les écrits de Widemann, de Fernel, de Thierry de Héry, etc. Je l'ai trouvée également men-

(1) Consulter, pour de plus amples détails, le mémoire de M. Cullerier. (*Quelques points de la contagion médiate*, etc..., *Mémoires de la Société de chirurgie.*)

tionnée dans les termes les plus formels par Georgius Vella, par Nicolas de Blégny, et d'autres encore.

Wideman, l'un des premiers auteurs qui aient écrit sur la syphilis, avait déjà une idée très nette de la contagion médiate. « Il faut éviter avec le plus grand soin, disait-il, tout rapport avec une femme infectée, et, bien plus, avec une *femme saine qui a eu commerce peu de temps auparavant avec un homme malade.* Dans cette dernière condition, en effet, l'expérience a démontré qu'il y avait danger de contagion pour le sujet qui succède à l'amant infecté. »

Georgius Vella est encore plus explicite :

« Novi mulieres sanas quæ coïverunt cum infectis, *in quas tale genus ægritudinis non transivit, et tamen transivit in viros alios coeuntes cum illis.* »

Fernel admet aussi ce mode de contagion :

« Hauritur etiam interdùm lues à scorto quod nondum sit inquinatum, cum quis cum eo volutatur, mox ab alio impuro scortatore. » *(De luis venereæ curatione,* chap. IV.)

De même Thierry de Héry ; de même encore Ambr. Paré, qui, comme on le sait, a emprunté presque tout son seizième livre *De la grosse vérole* à ce dernier chirurgien.

En 1673, Nicolas de Blégny écrivait le remarquable passage suivant :

« Quelques femmes qui ont esté trouvées saines n'ont pas laissé de gaster les hommes qui ont eu leur compagnie..... Une femme peut recevoir la semence d'un homme impur, et se joindre peu après à un autre, sur la verge duquel cette matière corrompuë pourra s'attacher et y faire une impression pernicieuse, quoy qu'ensuite de cela cette mesme femme puisse rejeter tout ce qu'elle aura reçu de l'un et de l'autre sans être endommagée. » *(L'art de guérir les maladies vénériennes,* ch. VI.)

Astruc crut aussi à la contagion médiate (1). Swédiaur s'empara

(1) « Mulieres quæ cum infectis rem habuerunt dicuntur morbum communicasse cum aliis viris, licet ipsæ infectæ non fuerint. »

de cette idée et la développa en plusieurs endroits de son livre avec une sorte de prédilection; aussi ne reste-t-il véritablement plus rien à ajouter après lui sur ce sujet. « Une personne, dit-il, homme ou femme, qui a du virus syphilitique logé dans ses parties génitales, peut infecter une autre, et lui donner une blennorrhagie ou un ulcère syphilitique, *sans qu'elle-même ait la moindre apparence de maladie*. Pour bien comprendre ce *paradoxe*, il faut se souvenir que le virus syphilitique, appliqué à une partie quelconque d'une personne saine, doit y demeurer adhérent pendant quelque temps, avant qu'il puisse y produire un effet apparent, c'est-à-dire une blennorrhagie ou un ulcère. Or, s'il est enlevé à temps, soit par hasard, soit par propreté, il ne produira aucun effet dans cette partie; ou s'il est enlevé dans le coït par une personne saine, avant qu'il ait eu le temps d'agir sur l'endroit où il était logé, *celle-ci seule sera exposée à l'infection, et deviendra malade pendant que l'autre restera saine*. De tels exemples se rencontrent aujourd'hui *assez fréquemment* dans la pratique. » (T. I, ch. 1, p. 17 et 18, édit. de 1817.)

De nos jours, cette doctrine a rencontré plus d'incrédulité. Malgré l'enseignement si populaire de M. Ricord, malgré les expériences si démonstratives de M. Cullerier, la contagion médiate, il faut bien le reconnaître, n'est guère considérée aujourd'hui qu'au titre d'une *hypothèse aventureuse*, exploitée le plus souvent par des malades intéressés à dissimuler la source véritable de leur infection. Quelques-uns l'admettent; plusieurs la rejettent absolument; le plus grand nombre la suspectent sans l'attaquer, et restent pour le moins indécis, tout prêts à devenir hostiles. Et cependant l'observation clinique a parlé (1); le témoignage des auteurs

(1) Voici comment M. Ricord s'exprime sur ce point dans son *Traité des maladies vénériennes* (p. 98) :

« Il est incontestable que des filles qui ont vu des hommes infectés et qui ont eu des rapports avec d'autres hommes sains sans être devenues elles-mêmes malades, ont pu infecter ces derniers en servant de véhicule.....

» Voici un fait qui s'est tout récemment présenté à mon observation : Un jeune homme eut des rapports avec une femme affectée de chancres ; il eut le même jour des relations avec sa maîtresse habituelle, qui fut affectée de la

anciens et modernes les plus imposants est assuré à cette doctrine; et la lancette elle-même la justifie, en y ajoutant l'autorité d'une démonstration expérimentale.

A. FOURNIER.

même maladie, ***sans que lui-même en fût atteint***. Il est à remarquer que ce jeune homme ne s'était pas lavé après le coït, et que, chez lui, le prépuce était fort long. »

Je tiens de M. Puche un fait complétement analogue. Le voici en quelques mots :

« Une jeune fille épouse par amour un jeune homme qu'elle enrichit. — Le jeune homme, dans les premiers jours de son mariage, rencontre une ancienne maîtresse, et pratique le coït avec elle. Puis, ***immédiatement après***, il rentre chez lui et renouvelle le coït avec sa femme. — A quelques jours d'intervalle, un chancre se déclare sur cette dame; ce chancre s'indure et devient l'origine d'une syphilis constitutionnelle des plus graves. — Le mari reste intact!

» Ce jeune homme avait le prépuce très long; il n'avait pris aucun soin de propreté après le premier coït. Quant à sa femme, aucun soupçon d'infidélité ne pouvait être élevé contre elle. »

J'ai moi-même observé dans le courant de cette année un fait presque entièrement semblable au précédent.

Ce sont là, sans doute, des cas ***exceptionnels*** dans la pratique, mais que leur rareté cependant ne saurait faire suspecter. Ils démontrent, comme l'a dit M. Cullerier, que si le scepticisme, en général, doit être appliqué à l'étiologie des affections vénériennes, il est pourtant certaines circonstances dans lesquelles il faut s'en départir, sous peine de ne plus suivre la nature dans les mille voies qu'elle peut ouvrir à la contagion.

A. F.

NOTE VII.

—

CHANCRE SERPIGINEUX PRODUISANT, DANS SA QUATRIÈME ANNÉE D'EXISTENCE, UN BUBON D'ABSORPTION A PUS INOCULABLE.

X..., âgé de 39 ans, d'un tempérament bilioso-lymphatique très accusé, exerçant le métier de postillon, entre au Midi le 12 octobre 1837.

Il y a trois ans (1834), ce malade est entré pour un chancre de la verge, suivi de bubons, à l'hôpital de la ville de Moulins. Pendant le cours du traitement qu'il y subit, il se forma deux petites ulcérations, l'une près de l'aine gauche, l'autre près de l'anus (inoculations accidentelles). — Ces deux ulcérations s'accrurent; puis leur progrès devenant incessant, elles finirent par se joindre au pli de la cuisse, après avoir contourné le scrotum. De là, elles s'étendirent à la plus grande partie de la région hypogastrique.

Le malade fut soumis à plusieurs traitements, notamment à des cautérisations répétées et à l'usage de la liqueur de Van-Swiéten. Il éprouva des alternatives de bien et de mal; tantôt les plaies se cicatrisaient en partie, tantôt, au contraire, l'ulcération envahissait de nouvelles portions de téguments. — Trois années se passèrent, en somme, sans amélioration.

En janvier 1857, la portion de l'ulcère qui occupait la région hypogastrique était en voie de cicatrisation. Mais, en revanche, l'ulcération anale faisait de rapides progrès; elle ne tarda pas à envahir tout le périnée, et s'étendit même sur la fesse droite.

Lorsque je vis le malade en octobre, voici dans quel état je le trouvai : le milieu de la fesse droite, dans l'étendue de trois pouces, était occupé par une série de petits ulcères; la partie ischiatique de la fesse offrait une ulcération plus grande, isolée, à fond grisâtre, à bords taillés à pic et calleux; — une troisième ulcération rubanée longeait le périnée dans l'étendue de deux pouces; — une quatrième contournait l'anus du côté droit; — enfin, une cinquième, plus profonde que les précédentes, longue et étroite, à bords rapprochés en forme de canal fistuleux, partait de la racine de la verge, doublait le scrotum et s'arrêtait à quelques

lignes de l'ulcération périnéale. — État général assez satisfaisant. — Peau remarquablement sèche et rugueuse.

Le malade fut soumis à l'usage du chlorure d'or. — J'employai successivement, dans l'espoir de modifier la plaie, la cautérisation au fer rouge, le caustique Récamier, les lotions de nitrate d'argent, de créosote, de sublimé, etc.... Mais je reconnus, à n'en pas douter, que de tous les topiques, le coton cardé était celui qui modifiait les plaies le plus favorablement.

En janvier 1838, l'état du malade se trouvait sensiblement amélioré. Les plaies s'étaient rétrécies, et le travail de cicatrisation semblait en bonne voie.

En février, une seule ulcération persistait encore. Tout à coup, elle s'étendit sans provocation, sans cause appréciable. Je la cautérisai profondément au fer rouge. — L'ulcération reprit meilleur aspect. — Mais, vers le 22 mars, la cicatrice se rompit sur un point. Le malade accusa simultanément une douleur profonde dans l'aine droite qui présentait déjà un gonflement très étendu. Chacun des trois jours qui suivirent, vingt sangsues furent appliquées sur cet engorgement qui avait pris tous les caractères d'un *bubon*. — Le 25, les antiphlogistiques ayant échoué, et la tumeur présentant une fluctuation profonde, je me décide à pratiquer au centre de l'adénite une ponction perpendiculaire. Il s'écoule un pus abondant QUI EST AUSSITÔT INOCULÉ à la partie supérieure et interne de la cuisse droite.

Le 4 avril, l'*inoculation a produit une* PUSTULE D'ECTHYMA, qui est entourée d'une auréole inflammatoire. Cette pustule s'ulcère profondément. — La peau qui recouvre l'abcès inguinal est décollée dans une grande étendue. — Extension des ulcérations anciennes.

Le 18, application de pâte de Vienne sur le bubon et sur le chancre d'inoculation. — Pansement des plaies au chlorure de soude dissous dans 5 parties d'eau.

En août, sous l'influence de ce traitement, l'état des ulcères s'est amélioré sensiblement; les plaies du périnée, qui s'étaient ouvertes de nouveau, se cicatrisèrent en totalité; celles de la fesse et de l'aine furent réduites à la largeur d'une pièce de dix sous, et ne fournirent plus qu'un faible suintement; l'*ulcère d'inoculation* se ferma.

En septembre, nouvelle complication : gangrène spontanée du scrotum. — Rupture des cicatrices du périnée, de la fesse et de l'aine. — Simple pansement au coton cardé. — Toniques.

En février, cicatrisation complète de tous les ulcères.

X... quitte l'hôpital le 15 mars, en bon état.

P. PUCHE.

NOTE VIII.

—

DE L'INOCULATION COMPARATIVE DES DEUX ESPÈCES DE CHANCRES.

Je réponds au désir de mon maître en publiant ici le compte-rendu des inoculations pratiquées dans le courant de cette année à l'hôpital du Midi.

1° CHANCRES SIMPLES.

PREMIÈRE SÉRIE : CHANCRES SIMPLES DÉVELOPPÉS SUR DES SUJETS VIERGES D'INFECTION ANTÉRIEURE.

1 Chancre du fourreau. Ulcération large, profonde. Période d'augment. — Inoculation au 38e jour (1). — Résultat positif.

2 Ch. du prépuce. La surface de ces chancres est rosée, en voie de réparation, presque sèche (nul espoir d'obtenir une inoculation positive). — Inoc. au 60e j. — R. positif.

3 Ch. du prépuce. Période d'état. — Inoc. au 42e j. — R. positif.

4 Ch. du prépuce, cautérisé au nitrate d'argent à plusieurs reprises. Surface grise, pseudo-membraneuse. Période d'état. — Inoc. au 22e j. — R. positif.

5 Ch. du prépuce. Pér. de réparation. — Inoc. au 18e j. — R. négatif.

6 Ch. du frein. Période de réparation au début. — Inoc. au 53e j. — R. positif.

7 Ch. du frein. Période d'état. — Inoc. au 40e j. — R. positif.

(1) L'*âge* d'un chancre peut se déterminer de deux façons : 1° d'après l'*époque de la contagion*; 2° d'après l'*époque d'apparition de l'ulcère*. — La première méthode expose moins à l'erreur ; elle a été adoptée par un grand nombre de syphiliographes, et notamment par M. Ricord; M. Puche lui a également donné la préférence dans les statistiques que j'ai eu l'occasion de citer. — J'ai cru ne pouvoir mieux faire que de suivre la voie tracée par les maîtres de l'art.

8 Ch. du frein. Surface de l'ulcération rouge. Réparation commençante. — Inoc. au 8ᵉ j. — R. positif.

9 Ch. du prépuce. Période d'état. — Inoc. au 45ᵉ j. — R. positif.

10 Ch. du prépuce. Période d'état. — Inoc. au 37ᵉ j. — R. positif.

11 Ch. du prépuce, cautérisé au nitrate d'argent quelques minutes avant l'inoculation. Période d'état. — Inoc. au 21ᵉ j. — R. positif.

12 Ch. du prépuce. Pér. de réparation. — Inoc. au 12ᵉ j. — R. négatif.

13 Ch. de la rainure. Période de réparation déjà avancée. — Inoc. au 14ᵉ j. — R. positif.

14 Ch. de la rainure. Période d'état. — Inoc. au 17ᵉ j. — R. positif.

15 Ch. du prépuce. Pér. de réparation. — Inoc. au 22ᵉ j. — R. positif.

16 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 25ᵉ j. — R. positif.

17 Ch. du prépuce. Pér. d'augment. — Inoc. au 24ᵉ j. — R. positif.

18 Ch. du gland. Pér. d'état. — Inoc. au 35ᵉ j. — R. positif.

19 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 29ᵉ j. — R. positif.

20 Ch. du frein. Pér. d'état. — Inoc. au 29ᵉ j. — R. positif.

21 Ch. de la rainure. Pér. de transition. — Inoc. le 29ᵉ j. — R. positif.

22 Ch. du gland. Pér. d'état. — Inoc. le 30ᵉ j. — R. positif.

23 Ch. du frein. Pér. d'état. — Inoc. au 27ᵉ j. — R. positif.

24 Ch. du frein. Pér. d'état. — Inoc. au 24ᵉ j. — R. positif.

25 Ch. du prépuce. Pér. de transition. — Inoc. au 48ᵉ j. — R. positif.

26 Ch. du prépuce. Pér. de réparation très avancée. — Inoc. au 30ᵉ j. — R. négatif.

27 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 11ᵉ j. — R. positif.

28 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 31ᵉ j. — R. positif.

29 Ch. de la rainure, élevé, bourgeonnant, *simulant une papule muqueuse.* Pér. de réparation. — Inoc. au 25ᵉ j. — R. positif.

30 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 21ᵉ j. — R. positif.

31 Pus pris sous une escarre, résultant d'une cautérisation. — Inoc. au 6ᵉ j. de la contagion. — R. négatif.

32 Ch. de la rainure. Pér. d'état. — Inoc. au 24ᵉ j. — R. positif.

33 Ch. du prépuce. Pér. de réparation. — Inoc. au 29ᵉ j. — R. négatif.

34 Ch. du prépuce. Cicatrisation déjà fort avancée. — Inoc. au 48ᵉ j. — R. négatif.

35 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 25ᵉ j. — R. positif.

36 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 25e j. — R. positif.

37 Ch. de la rainure. Pér. d'état. — Inoc. au 22e j. — R. positif.

38 Ch. du prépuce. Pér. de réparation extrêmement avancée ; la surface du chancre est presque sèche. (Nulle espérance de réussite.) — Inoc. au 63e j. — R. positif.

39 Ch. du prépuce. Pér. de réparation. — Inoc. au 48e j. — R. positif.

40 Ch. du prépuce. Pér. de réparation commençante. — Inoc. au 11e j. — R. positif.

41 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 34e j. — R. positif.

42 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 27e j. — R. positif.

43 Ch. du prépuce. Pér. de réparation extrêmement avancée. Surface du chancre rose et presque sèche. — Inoc. au 23e j. — R. négatif.

44 Ch. du prépuce. Pér. d'état ultime. — Inoc. au 24e j. — R. positif.

45 Ch. du frein. Pér. d'état. — Inoc. au 48e j. — R. positif.

46 Ch. de la rainure. Pér. d'état. — Inoc. au 25e j. — R. positif.

47 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 50e j. — R. positif.

48 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 31e j. — R. positif.

49 Ch. du prépuce. Pér. d'état. — Inoc. au 26e j. — R. positif.

50 Ch. du prépuce ; ulcération superficielle, lisse et rosée ; période de réparation avancée. — Inoc. au 21e j. — R. positif.

51 Ch. du prépuce ; inoculation pratiquée au 5e jour avec de la sérosité sanguinolente recueillie sur l'ulcération. — R. positif.

52 Ch. du prépuce ; période de réparation au début. — Inoc. au 60e j. — R. positif.

53 Ch. du frein ; période d'état. — Inoc. au 21e j. — R. positif.

54 Ch. de la rainure ; période d'état. — Inoc. au 14e j. — R. positif.

55 Ch. de la rainure ; période de réparation extrêmement avancée. — Inoc. au 18e j. — R. négatif.

56 Ch. de la rainure, de forme *gangréneuse*. — Inoc. au 11e j. — R. négatif.

57 Ch. du prépuce ; période d'état. — Inoc. au 22e j. — R. positif.

58 Ch. du prépuce, végétant, élevé (*aspect de papule muqueuse*). — Inoc. au 22e j. — R. positif.

59 Ch. de la rainure ; pér. d'état ultime. — Inoc. au 31e j. — R. positif.

60 Ch. du frein ; période de réparation avancée. — Inoc. au 30e j. — R. positif.

61 Ch. de la rainure; période de réparation très avancée. — Inoc. au 14e j. — R. négatif. (Pseudo-pustule éteinte spontanément en quelques jours.)

62 Ch. du fourreau; pér. d'état. — Inoc. au 28e j. — R. positif.

63 Ch. du prépuce; pér. de réparation. —Inoc. au 21e j. — R. positif.

64 Ch. du gland; pér. d'état. — Inoc. au 26e j. — R. positif.

65 Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 26e jour, *après plusieurs cautérisations du chancre au nitrate d'argent.* — R. positif.

66 Ch. du frein; pér. de réparation. — Inoc. au 47e j. — R. positif.

67 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 21e j. — R. positif.

68 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 35e j. — R. positif.

69 Ch. de la rainure; période de réparation au début. — Inoc. au 31e j. — R. positif.

70 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 63e j. — R. positif.

71 Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 61e j. — R. positif.

72 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 30e j. — R. positif.

73 Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 21e j. — R. positif.

74 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 25e j. — R. positif.

75 Ch. du prépuce; période de réparation. — Inoc. au 22e j. — R. positif.

76 Ch. du frein; période d'état. — Inoc. au 16e j. — R. positif.

77 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 29e j. — R. positif.

78 Ch. de la rainure; période de réparation. (*Chancre élevé, ulcus elevatum, simulant une papule muqueuse.*) — Inoc. au 35e j. — R. positif.

79 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 24e j. — R. positif.

DEUXIÈME SÉRIE : CHANCRES A BASE MOLLE DÉVELOPPÉS SUR DES SUJETS ANTÉRIEUREMENT AFFECTÉS DE SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

80 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 18e j. — R. positif.

(A l'époque où ce chancre a été inoculé, le malade présentait encore des accidents de syphilis : plaques muqueuses anales, adénopathie cervicale postérieure, etc.)

81 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 18e j. — R. négatif.

82 Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 21e j. — R. négatif.

(A l'époque de l'inoculation, le malade présentait une roséole érythémateuse au déclin.)

83 Ch. du frein; période d'état. — Inoc. au 14e jour. — R. négatif.

(A l'époque de l'inoculation, le malade présentait encore, comme accidents de syphilis, des plaques muqueuses buccales et des macules brunâtres sur l'abdomen.)

84 Ch. du prépuce; pér. de réparation. — Inoc. au 23e j. — R. positif.

85 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 25e j. — R. positif.

(A l'époque de l'inoculation, le malade portait des plaques muqueuses labiales.)

86 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 34e j. — R. positif.

87 Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 24e j. — R. négatif.

88 Ch. du prépuce; période de réparation extrêmement avancée. — Inoc. au 40e jour. — R. positif.

(Adénite inguinale suppurée.)

89 Ch. du prépuce; pér. de réparation. — Inoc. au 35e j. — R. positif.

90 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 31e j. — R. négatif.

(A l'époque de l'inoculation, roséole et adénopathie cervicale postérieure.)

91 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 33e j. — R. positif.

2° CHANCRES INDURÉS.

92 Chancre du prépuce; période d'état. — Inoculation au 21e jour. — Résultat négatif.

(Accidents consécutifs de syphilis constitutionnelle : roséole; plaques muqueuses labiales (1).

93 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 60e jour. — R. négatif.

94 Ch. de la rainure, *à forme gangréneuse.* — Inoc. au 28e j. — R. négatif.

(Accidents constitutionnels : roséole; plaques muqueuses anales.)

(1) Comme confirmation du diagnostic porté sur la nature du chancre, je noterai l'apparition des accidents constitutionnels dans tous les cas où nous avons eu l'occasion de les observer.

95 Ch. de l'urètre; pus abondant, phlegmoneux. — Inoc. au 17e j. — R. négatif.

96 Ch. labial; période d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.

(Accidents constitutionnels : syphilide érythémateuse; plaques muqueuses multiples.)

97 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.

98 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.

99 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 16e j. — R. négatif.

100 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 60e j. — R. négatif. (Accidents consécutifs : roséole.)

101 Ch. du fourreau, *à forme phagédénique;* période d'augment. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole; plaques muqueuses; syphilide ecthymateuse; rupia, à tendance phagédénique.)

102 Ch. de la rainure, *à forme phagédénique gangréneuse;* pér. d'augment. — Inoc. au 70e j. — R. négatif.

103 Ch. du fourreau; pér. d'état. — Inoc. au 29e jour. — R. négatif. (Accidents consécutifs : plaques muqueuses.)

104 Ch. du fourreau, *à forme phagédénique;* période d'augment. — Inoc. au 55e j. — R. négatif.

(Acc. consécutifs : syphilide papuleuse; douleurs rhumatoïdes.)

105 Ch. de la rainure; pér. de transition. — Inoc. au 64e j. — R. négatif. (Accidents consécutifs : roséole, angine.)

106 Ch. du frein; pér. de réparation. — Inoc. au 46e j. — R. négatif. (Accidents consécutifs : syphilide papuleuse.)

107 Ch. de la rainure, *à forme gangréneuse.* — Inoc. au 46e j. — R. négatif.

108 Ch. urétral; pus séreux, mal lié. — Inoc. du pus urétral au 38e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, alopécie.)

109 Ch. du méat; pér. d'état. — Inoc. au 49e j. — R. négatif. (Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

110 Ch. du pli péno-scrotal; pér. d'état. — Inoc. au 16e j. — R. négatif.

111 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 16e j. — R. négatif.

112 Ch. du fourreau; pér. d'état. — Inoc. au 10e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : syphilide impétigineuse; adénopathie cervicale.)

113 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 71e j. — R. négatif.

114 Ch. de la rainure; pér. de transition. — Inoc. au 59e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole; éruption croûteuse du cuir chevelu. Adénopathie cervicale.)

115 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 29e j. — R. négatif.

116 Ch. du gland; pér. de transition. — Inoc. au 31e j. — R. négatif.

117 Ch. du gland (*phagédénisme térébrant*); pér. d'augment. — Inoc. au 100e jour. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : syphilide impétigineuse; adénopathie cervicale postérieure.)

118 Ch. du méat; pér. de transition. — Inoc. au 90e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole; angine.)

119 Ch. du fourreau; pér. de transition. — Inoc. au 60e jour. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

120 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 50e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole; plaques muqueuses buccales, etc.)

121 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 35e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : plaques muqueuses; psoriasis palmaire et plantaire.)

122 Ch. de la rainure, *gangréneux*. — Inoc. au 42e j. — R. négatif.

123 Ch. de la rainure; période de réparation. — Inoc. au 35e j. — R. négatif.

124 Ch. de la rainure; période de réparation. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

125 Ch. de la rainure; période de réparation. — Inoc. au 40e j. — R. négatif.)

(Accidents consécutifs : roséole; plaques muqueuses, etc.)

126 Ch. de la rainure; pér. de transition. — Inoc. au 25e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole.)

127 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 16e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse; plaques muqueuses.)

128 Ch. du fourreau; période de réparation. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

129 Ch. du prépuce; période d'état. — Inoc. au 12e j. — R. négatif.

130 Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 35ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, angine, adén. cervicale.)

131 Ch. du fourreau : *phagédénisme serpigineux;* période d'augment. — Inoc. au 90ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, alopécie.)

132 Ch. du méat; période d'état. — Inoc. au 18ᵉ j. — R. négatif.

133 Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 60ᵉ j. — R. négatif.

134 Ch. de la rainure (forme d'ulcération superficielle); pér. d'état. — Inoc. au 30ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse; adénopathie cervicale.)

135 Ch. du prépuce; période de transition. — Inoc. au 51ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse; plaques muqueuses.)

136 Chancre du méat; période d'augment. — Inoc. au 14ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole, plaques muqueuses.)

137 Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 30ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : plaques muqueuses.)

138 Ch. du frein ; période d'état. — Inoc. au 30ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse; iritis; syphilide ecthymateuse ; rupia.)

139 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 22ᵉ j. — R. négatif.

140 Ch. de la rainure, *à forme gangréneuse;* période d'état. — Inoc. au 26ᵉ j. — R. négatif.

141 Ch. de la rainure; pér. de transition. — Inoc. au 53ᵉ j. — R. négatif.

142 Ch. de la rainure; pér. d'augment. — Inoc. au 22ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole papuleuse; plaques muqueuses.)

143 Ch. du fourreau; pér. d'état. — Inoc. au 27ᵉ jour. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; alopécie; adén. cervicale.)

144 Ch. du fourreau; pér. d'état. — Inoc. au 36ᵉ j. — R. négatif.

145 Ch. du fourreau; pér. d'état. — Inoc. au 39ᵉ j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; plaques muqueuses, etc.

146 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 21ᵉ j. — R. négatif.

147 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 31e j. — R. négatif.

148 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 61e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; syphilide papuleuse.)

149 Ch. de la rainure; pér. d'état. — Inoc. au 22e j. — R. négatif.

150 Ch. du gland; pér. de transition. — Inoc. au 80e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; céphalée; balano-posthite secondaire, etc.)

151 Ch. du fourreau; pér. d'augment. — Inoc. au 19e j. — R. négatif.

152 Ch. de la rainure, *gangréneux*. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

153 Ch. du gland; période de réparation avancée. — Inoc. au 65e j. — R. négatif.

154 Ch. du prépuce; pér. de réparation. — Inoc. au 42e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; céphalée, alopécie.)

155 Ch. du gland; *phagédénisme serpigineux;* période d'état. — Inoc. au 95e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; plaques muqueuses.)

156 Ch. du prépuce; pér. de réparation. — Inoc. au 76e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; plaques muqueuses.)

157 Ch. du fourreau; pér. d'augment. — Inoc. au 45e j. — R. négatif.

158 Ch. du gland; pér. d'état. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

159 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 50e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; céphalée.)

160 Ch. de la rainure; période d'état. — Inoc. au 65e j. — R. négatif.

161 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 38e j. — R. négatif.

162 Ch. du gland; période d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; alopécie; adén. cervicale.)

163 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 20e j. — R. négatif.

164 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 21e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide vésico-pustuleuse; iritis.)

165 Ch. du frein; pér. d'état. — Inoc. au 20e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse; alopécie.)

166 Ch. du fourreau; période d'augment. — Inoc. au 58e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : roséole; balano-posthite secondaire.)

167 Ch. du prépuce; pér. d'état. — Inoc. au 41e j. — R. négatif.
(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse; plaques muqueuses.)

168 Ch. du prépuce ; pér. de transition. — Inoc. au 60e j. — R. négatif.

169 Ch. du fourreau ; pér. d'état ; tendance phagédénique. — Inoc. au 41e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : syphilide ecthymateuse ; alopécie.)

170 Ch. du fourreau ; pér. d'état. — Inoc. au 28e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : syphilide papuleuse ; iritis ; rupia, etc.)

171 Ch. de la rainure ; pér. d'augment. — Inoc. au 20e j. — R. négatif.

172 Ch. du scrotum ; pér. d'augment. — Inoc. au 16e j. — R. négatif.

173 Ch. du prépuce ; pér. de transition. — Inoc. au 120e j. — R. négatif.

(Acc. consécutifs : roséole ; plaques muqueuses ; iritis ; alopécie.)

174 Ch. de la rainure ; pér. d'état. — Inoc. au 35e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole ; plaques muqueuses.)

175 Ch. de la rainure ; pér. de transition. — Inoc. au 22e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole ; plaques muqueuses.)

176 Ch. du prépuce ; pér. de transition. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.

177 Ch. de la rainure ; pér. d'état. — Inoc. au 50e j. — R. négatif.

178 Ch. du prépuce ; pér. de transition. — Inoc. au 40e j. — R. négatif.

179 Ch. de la rainure ; pér. d'état. — Inoc. au 43e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : plaques muqueuses.)

180 Ch. du prépuce ; pér. d'état. — Inoc. au 36e j. — R. négatif.

181 Ch. *labial* ; pér. d'état. — Inoc. au 40e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole ; alopécie.)

182 Ch. *urétral* ; écoulement purulent abondant. — Inoc. au 11e j. — R. négatif.

183 Ch. du gland ; pér. d'état. — Inoc. au 30e j. — R. négatif.

184 Ch. *labial* ; pér. d'état. — Inoc. au 29e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole ; plaques muqueuses.)

185 Ch. de la rainure ; pér. de réparation. — Inoc. au 39e j. — R. nég.

(Accidents consécutifs : roséole ; alopécie.)

186 Ch. du fourreau ; pér. d'état. — Inoc. au 15e j. — R. négatif.

(Accidents consécutifs : roséole ; plaques muqueuses.)

187 Ch de la rainure ; pér. d'état. — Inoc. au 20e j. — R. négatif.

188 Ch. du fourreau ; pér. d'état. — Inoc. au 22e j. — R. négatif.

189 Ch. *urétral* ; écoul. séro-purulent. — Inoc. au 42e j. — R. négatif.

(Acc. consécutifs : roséole, plaques muqueuses ; alopécie, etc.)

190 Ch. de la rainure, datant de *quelques jours* (le malade ne peut en préciser l'origine); période d'*augment.* — L'inoculation fournit la pustule spécifique.

Résumons cette longue énumération. — Et d'abord, mettons hors de cause les chancres développés sur des sujets antérieurement syphilitiques, ulcérations hybrides, sur la *nature* desquelles les syphiliographes sont loin d'être fixés, et qui pourraient donner lieu à de nombreuses discussions doctrinales. De la sorte, nous n'aurons à comparer que les résultats de l'inoculation sur des *espèces franches*.

Eh bien, voici ce que donne l'expérimentation :

1° INOCULATIONS DE CHANCRES SIMPLES.

	Nombre des inoculat.	Résultats positifs.	Résultats négatifs.
Chancres simples à la période d'*augment*.	2	2	»
— — à la période d'*état* . . .	44	44	»
— — à la période *de transition*.	9	9	»
— — à la période de *réparation bien établie*. . .	12	9	3
— — à la période de *réparation déjà avancée*. .	3	3	»
— — à la période de *réparation extr. avancée*. .	7	2	5
Chancre simple à *forme gangréneuse*. . .	1	»	1
Chancre simple inoculé après une *cautérisation profonde*.	1	»	1

2° INOCULATIONS DE CHANCRES INDURÉS.

	Nombre des inoculat.	Résultats positifs.	Résultats négatifs.
Chancres indurés à la période d'*augment*.	13	1	12
— — à la période d'*état*. . .	55	»	55
— — à la pér. de *transition*.	16	»	16
— — à la pér. de *réparation*.	9	»	9
— — à *forme gangréneuse*. .	6	»	6

Il suffit de jeter les yeux sur ces deux tableaux pour être frappé des résultats différents que fournit l'inoculation, suivant qu'elle s'adresse à des chancres simples ou bien à des ulcérations de nature infectieuse. D'un côté, elle répond presque invariablement d'une façon positive; de l'autre, sa réponse est presque invariablement négative. Comparons comme exemple ce que fournit l'inoculation de chancres de nature différente, mais interrogés à des périodes semblables de leur existence, soit à la période d'état :

Chancres simples : 44 inoculations; — 44 inoculations positives, c'est-à-dire fournissant la pustule spécifique.

Chancres infectants : 55 inoculations; — 55 inoculations négatives, stériles.

Voilà, certes, des résultats absolus de part et d'autre et absolument contraires.

Mais continuons le parallèle :

Le chancre infectant, qui ne fournit pas d'inoculations positives à sa période d'état, ne se laisse point inoculer, à plus forte raison, à sa période de déclin, alors que la spécificité virulente décroît. Voyez, au contraire, le chancre simple conserver sa faculté puissante d'inoculabilité, non pas seulement à la période de transition, mais à la période de *réparation* même ; la cicatrice se fait déjà sur ses bords que le centre de l'ulcère n'a pas encore perdu sa spécificité virulente. Sur sept chancres simples inoculés à une période où le travail réparateur était *extrêmement avancé,* il y en eut deux, comme le montre notre tableau, qui fournirent la pustule caractéristique.

Les résultats numériques qui précèdent suffisent donc amplement à démontrer cette double proposition :

I. — *Le chancre simple, à la période d'état, est inoculable à coup sûr au sujet qui le porte.*

II. — *Le chancre infectant, à la même période, est d'une inoculation sinon impossible, au moins très difficile à obtenir et très rarement obtenue* (1).

(1) Ce résultat est entièrement conforme aux expériences de M. le docteur Puche, d'après lequel l'inoculation du chancre infectant ne fournirait pas deux

Cette dernière proposition demande toutefois une réserve : elle ne s'applique qu'au chancre à la période d'état, c'est-à-dire ayant acquis son complet développement. Elle ne préjuge en rien des conditions d'inoculabilité de l'accident primitif à forme infectieuse *avant cette période*.

C'est précisément ce rapport entre l'inoculabilité et l'âge du chancre infectant que l'on n'a pas suffisamment étudié jusqu'à ce jour. Cette lacune de nos connaissances est surtout sensible pour le *stade de début*, et il est probable qu'elle ne sera pas de longtemps comblée.

Il est fort rare, en effet, au moins à l'hôpital, que l'on rencontre cette variété de l'accident primitif à une époque très voisine de son origine. L'indolence de l'ulcération explique sans doute le retard que mettent les malades à réclamer les soins du médecin. La plupart des sujets infectés ne se présentent que plusieurs semaines après la contagion, c'est-à-dire à une époque où le chancre a acquis en général son complet développement. L'on n'a donc qu'exceptionnellement l'occasion d'interroger le pus d'un chancre *très jeune*. Pour ma part, les plus jeunes que j'ai pu inoculer cette année comptaient de onze à quinze jours d'existence, et je n'en ai jamais rencontré d'une origine plus récente.

FOIS SUR CENT la pustule spécifique. — J'ajouterai que mon collègue et ami, V. Poisson, qui a continué, dans le service de M. Ricord, ces recherches sur l'inoculation comparative des deux chancres, a obtenu des résultats complétement analogues aux miens. L'on en jugera par le tableau suivant qu'il a bien voulu me transmettre :

I. — INOCULATIONS DE CHANCRES SIMPLES.

	Nomb. d'in.	Inoc. posit.	Inoc. nég.
Chancres à la période de progrès ou d'état.	5	5	»
— à la période de transition.	2	2	»
— à la période de réparation. . . .	6	6	»

II. — INOCULATIONS DE CHANCRES INDURÉS.

	Nomb. d'in.	Inoc. posit.	Inoc. nég.
Chancres à la période de progrès	4	»	4
— à la période d'état.	20	1 (*)	19
— à la période de transition	11	»	11
— à la période de réparation. . . .	17	»	17

A. F.

(*) Ce chancre datait de neuf jours.

L'on aurait pu, ce me semble, prévoir et annoncer *à priori* ce défaut d'inoculabilité du chancre infectant parvenu à une certaine période. C'est qu'en effet, il est à la fois conforme à un fait d'observation journalière et aux grandes lois de la pathologie générale. D'une part, voyez si le chancre induré se multiplie sur place, comme le chancre simple, par une série d'inoculations *successives* de voisinage; voyez s'il produit fréquemment à ses côtés ce chancre à base molle, simulant d'aspect le chancre simple, et auquel un syphiliographe contemporain a donné le nom de chancroïde. Il n'en est rien : le chancre infectant, comme l'a dit M. Ricord, est et *reste* solitaire. Pour qu'il se multiplie, pour qu'il se reproduise, il faut, pour ainsi dire, *forcer la main à la nature,* en ouvrant par la lancette une voie artificielle au pus virulent. Encore ce procédé est-il insuffisant dans l'énorme majorité des cas, puisque l'inoculation ainsi pratiquée reste généralement stérile.

Et d'autre part, interrogeons les lois qui régissent la pathologie des affections virulentes. Le vaccin reproduit-il sa pustule spécifique quinze jours après une première inoculation ? L'insertion du pus varioleux ne demeure-t-elle pas sans résultat sur un sujet récemment atteint de la variole ? — Ce serait donc, en réalité, par un privilége *exceptionnel* que le chancre infectant pourrait, au moment où il vient de créer une diathèse, se reproduire sur le même sujet, même en se modifiant dans sa forme et ses caractères extérieurs.

Les expériences précédentes ont démontré que le chancre infectant, dans les conditions d'âge où nous l'avons observé, c'est-à-dire après le second septénaire de son existence, ne se réinocule que très difficilement et très rarement sur le sujet qui le porte.

Eh bien, ce résultat ne doit pas être une lettre morte : la clinique peut en tirer parti et le faire concourir utilement au diagnostic différentiel des deux espèces d'ulcérations primitives.

Soit, comme exemple, un chancre datant de quelques semaines, à la période d'état. — Le gonflement des parties malades, l'œdème inflammatoire ou toute autre cause, empêche d'apprécier exactement l'état de la base sur laquelle repose l'ulcération. Je suppose de plus l'adénopathie inguinale mal formulée et peu significative. — Dans de semblables conditions, les deux éléments ordinaires du

diagnostic faisant simultanément défaut, n'est-il pas vrai que la nature du chancre ne peut être déterminée, et que, borné à ses ressources habituelles, le jugement du médecin est nécessairement suspendu? Eh bien, ne pourrait-on pas, dans ce cas, invoquer un autre signe; ne pourrait-on pas demander à la lancette la distinction que la symptomatologie refuse? Inoculez le pus fourni par l'ulcération. Si l'inoculation reste négative, ce n'est certainement pas à un chancre simple que vous avez affaire; car, *à la période où nous avons supposé l'ulcère,* cette variété de l'accident primitif s'inocule à coup sûr. Vous êtes donc en présence d'un chancre infectant. — Avez-vous obtenu, au contraire, la pustule spécifique, les probabilités sont alors pour un chancre simple; car l'on sait que, dans l'énorme majorité des cas, sinon toujours, les ulcérations de nature infectieuse répondent négativement à la lancette.

L'inoculation, sans doute, ne donne pas dans ces conditions de certitude absolue; et d'ailleurs, il n'est pas toujours possible d'y soumettre les malades. Néanmoins, il ne faudrait pas méconnaître les services qu'elle peut rendre et récuser son concours. Les indications qu'elle fournit sont, en effet, intéressantes à un double titre : d'une part, au point de vue doctrinal, elles nous révèlent une aptitude très différente des deux variétés de l'accident primitif; et, d'autre part, il est incontestable que l'inoculation offre à la pratique un nouveau signe différentiel, qui peut trouver son utilité dans certains cas difficiles et complexes, à titre d'*élément diagnostic complémentaire.*

A. FOURNIER.

NOTE IX.

—

INFLUENCE DE L'ÉRYSIPÈLE SUR LE PHAGÉDÉNISME.

(Observation recueillie par M. Alfred Bozenet, externe du Midi.)

Hôpital du Midi, 1856.

J... (Jean-Baptiste), 46 ans, homme d'affaires, eut, en 1836, une première *blennorrhagie,* qui dura quelques mois. — Deux ans plus tard, il contracta un nouvel écoulement qui ne guérit qu'après six mois de traitement environ. Dans le cours de cette dernière affection, à la suite de marches forcées, il fut atteint d'une *adénite* qui se termina par suppuration; mais une fois le pus écoulé, la cicatrisation fut rapide. — Depuis lors jusqu'en 1848, pas d'accidents. — Dans le courant du mois d'août de cette année, J... contracta un *chancre.* — Situé sur la face externe du prépuce, du côté droit, ce chancre se cicatrisa rapidement sous l'influence de cautérisations au nitrate d'argent et de pansements au vin aromatique. — Mais cette guérison fut suivie, dans un intervalle que le malade ne peut préciser, de maux de gorge très rebelles; plus tard, la cloison des fosses nasales fut détruite en partie; puis survint une affection de la peau, qui laissa de nombreuses cicatrices sur le tronc et les membres supérieurs. (La forme et l'aspect de ces cicatrices font penser à M. Ricord que ces manifestations n'étaient pas de nature syphilitique).

Vers la fin de l'année 1849, nouveau *chancre* pour lequel J... alla réclamer les soins d'un médecin de province. — Ce chancre, situé sur la face interne du prépuce, du côté droit, s'accompagna d'un *bubon* du côté gauche. (*Bubon croisé.*) — La cicatrisation du chancre fut prompte. Quant au bubon, il s'ouvrit et suppura pendant huit mois environ, sans tendance à s'élargir. Il fournissait alors peu de pus, mais ses bords restaient tuméfiés et douloureux.

Ce fut à peu près huit mois après le début du bubon que l'ulcération inguinale commença à s'étendre ; elle envahit d'abord les parties inférieures de l'abdomen, puis la région latérale et postérieure de la fesse gauche. La cicatrice qu'elle a laissée peut être très bien limitée aujourd'hui par deux lignes, l'une partant de la symphyse pubienne et remon-

tant à l'ombilic, l'autre partant de l'ombilic, passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure et gagnant la partie supérieure du sacrum. — Il est à noter que l'ulcération n'a franchi la ligne médiane ni en avant, ni en arrière.

Au début de la marche phagédénique de l'ulcère, un nouveau chancre d'inoculation accidentelle était apparu sur la face interne de la cuisse gauche, vers sa partie supérieure; ce chancre ne tarda pas à s'agrandir, et prenant le même caractère que l'ulcération inguinale, envahit rapidement la face postérieure de la cuisse.

Tel était l'état du malade lorsqu'il se présenta à M. Ricord (1852). Traitement à cette époque : Usage du tartrate de fer à l'intérieur; pansements de la plaie avec la solution ferrée, cautérisations au fer rouge des bords de l'ulcération. — Sous l'influence de ce traitement, l'ulcération de la fesse et des parois abdominales se cicatrisa; celle de la cuisse fut réduite à un point limité de la partie moyenne du membre.

Se croyant guéri, le malade quitta M. Ricord vers la fin du mois de mars 1853; mais il revint bientôt le trouver au mois de juin de la même année. La plaie de la cuisse s'était fort agrandie à cette époque; elle envahissait les tissus avec une effrayante rapidité. Ses bords tuméfiés, douloureux, taillés à pic, présentaient de vastes décollements; le malade constatait à chaque pansement de nouveaux progrès du mal. (Usage du suc de cresson; administration du tartrate de fer à l'intérieur; pansements avec la solution ferrée; cautérisations au fer rouge des bords de la plaie.) — Ce traitement ne put arrêter l'envahissement de l'ulcération, qui continua à descendre le long de la cuisse, *jusqu'au genou*, en affectant la forme serpigineuse.

En 1856, cette énorme ulcération, toujours en voie de progrès, avait dépassé le genou. — Au 1er août, elle s'étend, en dehors, de la partie supérieure du condyle du fémur à la tubérosité antérieure du tibia; en dedans, de la partie supérieure du condyle fémoral à la partie supérieure et interne du mollet. Un pont cutané, de la largeur du doigt, est jeté sur le milieu de la plaie, sans y adhérer. — Les bords de l'ulcération sont taillés à pic, renversés, douloureux; le fond présente un aspect blafard. — Le genou, demi-fléchi, est maintenu dans cette position par la rétraction du biceps, du demi-tendineux et du droit interne, auxquels la cicatrice est fortement adhérente. — L'articulation néanmoins paraît saine, en raison des mouvements, quoique limités, qu'elle exécute. — L'état général est satisfaisant; le malade se plaint seulement d'insomnies fréquentes; constipation causée sans doute par l'usage habituel de l'opium.

Dans la nuit du 2 août, céphalalgie violente; courbature; brisement,

Le 3, douleurs dans les membres; fièvre; abattement. — Diète.

Le 4, la partie inférieure de la plaie est tuméfiée, rouge, chaude, douloureuse. M. Ricord constate un *érysipèle*, à son début. — Cette inflammation envahit rapidement la partie inférieure de la jambe et s'étend jusqu'au niveau des malléoles. — La seule cause déterminante que l'on puisse invoquer pour l'apparition de cet érysipèle, est une application de pâte carbo-sulfurique, faite le 29 juillet, sur un point limité de la plaie. (Frictions mercurielles sur la surface occupée par l'érysipèle; le membre est entouré de compresses imbibées d'une décoction de sureau : la plaie est pansée avec la solution iodée : une bouteille d'eau de Sedlitz; diète.)

Le 5 août, l'érysipèle a gagné l'extrémité du pied. *La plaie a perdu son aspect habituel: son fond s'est élevé; la tuméfaction des bords est beaucoup moindre; l'inflammation y est beaucoup moins vive. L'on constate le début d'un travail cicatriciel sur toute la circonférence de l'ulcération.* (Même traitement.)

6 août. *La plaie a perdu complétement son caractère primitif; sa surface est rosée, ses bords affaissés semblent mieux unis aux tissus sous-jacents; sa physionomie est celle d'une plaie simple: le travail de cicatrisation marche sur tous les points de la périphérie vers le centre, avec une extrême rapidité.* — Le pont cutané s'est flétri; il se détache à ses extrémités, et finit par tomber le 8.

Le 9, l'appétit est complétement revenu; l'érysipèle a disparu au genou : il ne reste qu'un peu d'empâtement limité à la malléole externe et à la face dorsale du pied; le reste de la jambe a perdu toute rougeur, toute sensibilité à la pression. — *De ce jour, la plaie ne cessa de marcher vers la cicatrisation d'une façon régulière, comme une plaie simple.*

Le 14, *elle a considérablement diminué d'étendue.* Son aspect est tel, qu'il ne rappelle en aucune façon les caractères d'un chancre; à son fond rosé, à ses bords affaissés et recouverts d'une zone cicatricielle, il est impossible de méconnaître que *l'ulcération a définitivement perdu tout caractère spécifique.*

Néanmoins, M. Ricord annonce que la cicatrisation se fera encore attendre longtemps, en raison des conditions spéciales de l'ulcération. C'est qu'en effet, l'énorme zone cicatricielle qui environne la plaie est complétement adhérente aux tissus sous-jacents et ne peut plus se prêter au rapprochement des bords opposés de l'ulcération.

Ce regrettable pronostic fut vérifié : le travail de cicatrisation, après avoir marché avec une rapidité véritablement *extraordinaire,* se ralentit d'abord, puis s'arrêta. La plaie ne reprit pas, il est vrai, son caractère

chancreux, elle ne s'agrandit pas non plus, mais elle resta ce qu'elle était. Aujourd'hui encore, 12 mai 1857, elle subsiste, en conservant le même aspect et occupant encore une étendue considérable.

Néanmoins, ce qui est incontestable, c'est que les progrès de l'ulcération ont été arrêtés du jour où s'est manifesté l'érysipèle pour neutraliser, en quelque sorte, le virus phagédénique; c'est que de ce jour date le travail de réparation, vainement attendu depuis huit années; c'est qu'enfin ces deux phénomènes, apparition de la phlegmasie cutanée et transformation de l'ulcère, sont unis entre eux par une relation autre qu'un simple fait de coïncidence.

NOTE X.

DOCUMENTS SUR LA CONTAGION DU CHANCRE.

Je reproduis dans cette note les documents que j'ai recueillis dans le cours de cette année sur la *contagion du chancre*, et qui ont été présentés par M. Ricord à sa clinique.

Les observations qui vont suivre sont toutes relatives à une question unique, la contagion du chancre dans chacune de ses variétés. Elles sont donc, dans chaque groupe, semblables entre elles pour la plupart. — Je suis loin de me dissimuler la monotonie d'une aussi longue énumération pour le lecteur; mais je lui apporte une double excuse : d'une part la haute importance des questions doctrinales auxquelles se rattachent les récentes recherches sur la contagion; d'autre part la place même qu'occupe ici ce document, au chapitre des *Pièces justificatives*. J'aurai soin, d'ailleurs, de retrancher des observations qui vont suivre tous les détails étrangers au sujet principal, n'y conservant que la partie indispensable pour établir à la fois et la *filiation certaine de l'accident de contagion* et le *rapport des symptômes du sujet infectant au sujet infecté* (1).

PREMIER GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE SIMPLE DANS SA FORME, DE SUJET VIERGE A SUJET VIERGE.

I

OBS. 1*. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

Trois malades du Midi tenaient leurs chancres de la même femme.

(1) Un grand nombre de ces observations ont été recueillies avec le concours de mon collègue E. Caby, interne de Saint-Lazare. Je les marquerai d'un astérisque (*).

Voici les symptômes qui furent constatés sur chacun d'eux et sur la femme qui leur avait transmis la contagion :

D..., 18 ans. — Lymphatique. — Aucun antécédent vénérien.

Rapport, dans les derniers jours d'août, avec la fille Hortense. — (Coït antérieur remontant à six semaines; pas de coït consécutif.) — Chancres développés à quelques jours d'intervalle. — Pas de traitement.

État actuel, 27 septembre : Cinq CHANCRES SIMPLES types de la rainure et du prépuce. — *Adénite* inguinale gauche, aiguë.

Pansement au vin aromatique. — Cataplasmes.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres du prépuce.

Résolution de l'adénite. — Cicatrisation des chancres en quatre semaines.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

S..., 24 ans, sujet robuste et sanguin.

Antécédents : Chancres en 1853; pas de traitement mercuriel; nul accident consécutif. — Blennorrhagie en 1854.

Rapport avec la fille Hortense dans le courant de septembre. — (Coït antérieur remontant à sept semaines; pas de coït consécutif.)

Chancres reconnus huit à dix jours après le dernier coït, — Cautérisation.

État actuel, 18 septembre : Trois CHANCRES SIMPLES du prépuce, à base œdémato-phlegmoneuse.

Aucun retentissement ganglionnaire. — Traitement simple.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Sorti le 19 octobre, les chancres étant cicatrisés. — Suivi jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

B..., 20 ans, lymphatique. — Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Hortense dans les derniers jours de septembre. (Coït antérieur remontant à sept mois environ; pas de coït consécutif.)

Chancres reconnus vers la fin de septembre. — Pansement au cérat.

État actuel, 5 octobre : Quatre CHANCRES SIMPLES du prépuce et de la rainure. Aucun retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique; guérison en trois semaines.

Suivi jusqu'en janvier 1857. — Aucun accident de syphilis.

R... (Hortense), 24 ans. — Constitution robuste.

Première affection vénérienne.

État actuel, 7 octobre (Saint-Lazare) : Trois CHANCRES SIMPLES types, occupant ensemble presque toute l'entrée du vagin. — Aucun autre symptôme.

Cautérisation ; lotions chlorurées.

Sortie de Saint-Lazare le 25 octobre. — Revue à deux reprises à Saint-Lazare jusqu'en avril pour de nouveaux chancres simples. Aucun accident de syphilis.

—

OBS. 2*. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES. (V. page 67.)

—

OBS. 3*. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES. (V. page 68.)

—

OBS. 4*. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES. (V. page 70.)

—

OBS. 5*. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

B..., 28 ans. — Constitution robuste. — Tempérament sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Léontine, dans les derniers jours d'août. — (Coït antérieur remontant à deux mois ; pas de coït consécutif.)

Chancres reconnus dès les premiers jours de septembre. Pansement à l'onguent napolitain.

État actuel, 16 septembre : Trois CHANCRES SIMPLES, à base molle, siégeant sur le prépuce (1). — Aucun retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique. — Guérison rapide.

Suivi jusqu'en décembre : aucun accident de syphilis.

P..., 29 ans. — Sujet robuste, pléthorique.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855.

Rapports avec la fille Léontine dans les premiers jours de septembre. — (Coït antérieur remontant à quatre semaines.) — Chancres reconnus dès le surlendemain du dernier coït. — Cautérisation.

État actuel, 20 septembre : CHANCRES SIMPLES multiples, à base molle, siégeant sur la rainure et la face muqueuse du prépuce. Aucun retentissement ganglionnaire.

(1) C'est le pus de l'un de ces chancres qui servit à la première des inoculation dont j'ai parlé page 64.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.
Cautérisation. — Guérison très rapide.
Suivi jusqu'en décembre. Aucun accident de syphilis.

Léontine, 19 ans, fille publique. — Tempérament sanguin; constitution très forte.
Première affection vénérienne.
État actuel, 9 septembre (Saint-Lazare) : CHANCRE MOU, très petit, à la face interne de la petite lèvre gauche. — Aucun autre symptôme.
Lotions chlorurées. — Guérison très rapide. — Sortie le 15 septembre.
Revue en janvier et février 1857. — Aucun accident de syphilis.

—

OBS. 6*. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

V..., 28 ans, tempérament sanguin. Constitution robuste.
Antécédents : Chancres simples en 1849. Aucun accident consécutif.
Rapports avec la fille L... dans les premiers jours d'août. — (Coït antérieur remontant à plusieurs semaines.)
Chancres reconnus quelques jours après le dernier coït, vers le 10. — Pour tout traitement, quelques tisanes.
État actuel, 19 août : CHANCRE SIMPLE du frein; la base de l'ulcération est parfaitement souple (1). — *Adénite aiguë* de l'aine gauche.
Inoculation positive avec le pus du chancre.
Suppuration de l'adénite, qui prend le caractère strumeux.
Sorti de l'hôpital le 8 octobre. — Revu en décembre : aucun accident de syphilis.

P..., 20 ans. — Lymphatique.
Aucun antécédent vénérien.
Rapports avec la fille L... à la date du 7 août. — (Coït antérieur remontant à plus de deux mois.)
Chancres développés vers le 15 août. — Pansement au vin aromatique.
État actuel, 9 septembre : Trois CHANCRES SIMPLES, deux sur le prépuce, le troisième sur la rainure. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche, suppurée et ouverte; *adénite aiguë* de l'aine droite.

(1) C'est le pus de ce chancre qui servit à la seconde inoculation pratiquée sur le jeune médecin dont j'ai parlé page 64. — Je dois dire que j'ai revu ces jours derniers (juillet 1857) notre hardi collègue : aucun accident de syphilis ne s'était manifesté sur lui. — Il n'avait pas suivi le moindre traitement.
A. F.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres du prépuce.

Sorti en octobre. — Revu à plusieurs reprises jusqu'en janvier 1857. Aucun accident de syphilis.

L... (Barbe), 17 ans, fille publique. — Scrofuleuse.

Première affection vénérienne.

État actuel, 18 août (Saint-Lazare) : CHANCRE MOU de la grande lèvre droite, datant de plusieurs jours. — *Adénite aiguë* de l'aine droite.

Sangsues, cataplasmes. — Pansement simple. — Guérison rapide.

Revue en mars 1857 à Saint-Lazare pour un nouveau chancre simple. — Aucun accident de syphilis.

—

OBS. 7. — DOUBLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

M..., 42 ans, sujet très robuste.

Antécédents : Deux blennorrhagies, la dernière en 1848. — Nul accident consécutif.

Cet homme vivait depuis un an avec la fille Solange, sans avoir de rapports avec d'autres femmes lorsqu'il fut affecté de chancres. — Nul traitement.

État actuel, 12 octobre 1856 : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce et de la rainure. — Traitement simple. — Guérison en cinq semaines.

Suivi jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

C..., 19 ans, lymphatique, chétif.

Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Solange vers le 5 octobre. — (Coït antérieur remontant à plusieurs mois.) — Chancres reconnus dès le troisième jour après le dernier coït. — Pansement à l'onguent napolitain.

État actuel, 21 octobre : CHANCRES SIMPLES multiples (de 8 à 10) du prépuce et du gland. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique. — Guérison en six semaines.

Suivi jusqu'en février 1857. Aucun accident de syphilis.

V... (Solange), 18 ans ; lymphatique.

Antécédents : Chancres simples en 1855. — Nul accident consécutif.

État actuel (octobre) : CHANCRE SIMPLE très étendu, occupant la fourchette et l'entrée du vagin. (Type du chancre simple.)

Cautérisation. — Guérison en quelques semaines. — Nul accident consécutif.

Obs. 8. — N..., 26 ans, sujet lymphatique.

Blennorrhagie en 1852.

Chancres actuels datant des premiers jours de février 1856. — Ce jeune homme n'a pas eu de rapports avec d'autre femme que la nommée R..., depuis sept à huit mois.

État actuel, 21 février : Chancres simples de la rainure préputiale. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un de ces chancres.

Pansement simple. — Guérison rapide.

Suivi jusqu'en janvier 1857. — Aucun accident de syphilis.

M. Ricord visita la femme dont ce malade tenait la contagion. Elle avouait sans difficulté plusieurs infidélités à son amant, mais elle se prétendait saine et n'avait jamais éprouvé, disait-elle, aucun accident vénérien. — L'on constata sur elle un large chancre du col utérin, excavé profondément, à fond pultacé, à forme phagédénique, *rappelant d'aspect la variété molle de l'accident primitif.*

Cautérisations. — Pansements simples. — Guérison en quelques mois. — Observée jusqu'en janvier 1857, cette malade n'a présenté aucun accident de syphilis.

(Comm. par M. Ricord.)

—

Obs. 9*. — C..., 24 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855, guérie en deux mois.

Ce jeune homme vivait avec la fille Antoinette P..., sans avoir eu de rapports avec d'autres femmes depuis plusieurs mois, lorsqu'à la fin de novembre 1856, il fut atteint de plusieurs chancres. — Aucun traitement.

État actuel, 30 novembre : Chancres mous du prépuce, multiples. — Chancre mou du frein. — *Adénite aiguë* de l'aine droite.

Inoculation positive avec le pus du chancre du frein.

17 décembre. Ouverture du bubon. — Dans les jours qui suivent, la plaie prend l'aspect chancreux.

Revu en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

Antoinette P..., 18 ans, lymphatique.

Antécédents : Métrite granuleuse, dans les derniers mois de l'année 1855. — En juin 1856, cette fille fut retenue à Saint-Lazare pour un catarrhe utérin. — Aucun accident de syphilis antérieure.

État actuel (novembre) : Chancres mous multiples de la vulve ; *adénite aiguë suppurée* de l'aine droite.

Guérison rapide. — Aucun accident de syphilis.

En février 1857, cette fille rentra à Saint-Lazare pour un CHANCRE INDURÉ.

OBS. 10. — S..., 22 ans, constitution moyenne; tempérament lymphatique.

Antécédents : Deux blennorrhagies, la dernière en 1854, avec orchite.

Rapports avec la fille M... (Rosa), dans les derniers jours de juillet. (*Coït antérieur remontant à quatre semaines; pas de coït consécutif.*) Chancres développés au commencement d'août. Lotions émollientes.

État actuel, 17 août : CHANCRES SIMPLES multiples sur le prépuce et le gland. — *Double adénite aiguë.*

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Traitement : Vin aromatique. Cataplasmes.

Suppuration des deux bubons. — Cicatrisation des chancres au commencement de septembre.

Suivi jusqu'en décembre 1856. — Nul accident de syphilis.

M... (Rosa), 20 ans. Constitution robuste.

Antécédents : Chancre en 1853; aucun accident consécutif.

État actuel, 17 août : Trois CHANCRES MOUS de la grande lèvre droite, datant de quinze jours environ. — Pas de retentissement ganglionnaire. — Guérison rapide.

Revue en décembre : Aucun accident de syphilis.

—

OBS*. 11.— M..., 22 ans. — Constitution moyenne. — Sujet lymphatique. — Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait avec la fille Flavie sans avoir jamais eu de rapports avec d'autres femmes.

Apparition de plusieurs chancres sur la verge dans les premiers jours de mai. — Pas de traitement.

État actuel, 13 mai : *Chancres simples* multiples du prépuce et du gland.

Adénite aiguë de l'aine gauche.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Traitement : Sangsues, cataplasmes. — Pansement au vin aromatique.

Suppuration de l'adénite qui est ouverte le 23.

Sorti le 4 juillet, sans avoir éprouvé de nouvel accident.

Revu en septembre. — Aucun accident constitutionnel.

Flavie B..., 24 ans. — Constitution robuste. — Tempérament sanguin. Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 9 mai (Saint-Lazare) : *Chancre simple* de la vulve, à base molle.— Chancre du col utérin. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Cautérisation. — Pansement simple.

Sortie le 30 juin. — Non revue.

—

Obs. 12. — M..., 28 ans. — Sujet scrofuleux.

Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait depuis trois mois avec la fille Sophie, sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté de chancres dans les premiers jours de novembre.

État actuel, 16 novembre : Chancre simple de la rainure. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison en quelques jours.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

C..., Sophie, 22 ans. — Lymphatique.

Première affection vénérienne.

État actuel, 17 novembre : Chancres mous types, multiples, siégeant sur les grandes et les petites lèvres. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison rapide.

Suivie jusqu'en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

—

Obs. 13*. — A..., 32 ans. — Constitution robuste; tempérament sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Cet homme vivait avec la fille Sophie W..., sans avoir eu de rapports avec d'autres femmes depuis sept mois, lorsqu'il fut atteint de chancres dans le courant de mai 1856.

État actuel, 30 mai : Quatre *chancres à base molle* du prépuce et de la rainure. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Traitement : cautérisation; pansements au vin aromatique.

Cicatrisation complète des chancres à la date du 14 juillet.

Revu en décembre 1856, pour une blennorrhagie. — Aucun accident de syphilis.

Sophie W..., 25 ans. — Constitution lymphatique; tempérament nerveux.

Antécédents : vaginite et métrite ulcéreuse en 1855.

État actuel, 23 juin (Saint-Lazare) : Double *chancre à base molle* des caroncules. — *Adénite inguinale droite, suppurée.*

Sortie de Saint-Lazare en août. — Revue en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

—

Obs. 14*. — D..., 26 ans. — Constitution athlétique; tempérament sanguin.

Aucun antécédent vénérien. — Végétations datant de cinq à six semaines.

Rapport le 1er octobre avec la fille Joséphine L... — (Coït antérieur remontant à six semaines.)— Chancres reconnus trois ou quatre jours après le dernier coït. — Pas de traitement.

État actuel, 10 octobre : Deux CHANCRES SIMPLES de la rainure. — Aucun autre symptôme.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Cautérisation. — Guérison très rapide.

Revu en décembre pour une blennorrhagie récente. — Suivi jusqu'en février 1857. — Aucun accident de syphilis.

L... (Joséphine), 20 ans. — Constitution forte.

Antécédents : Cette fille a été retenue deux fois à Saint-Lazare, dans le courant de cette année, pour des chancres simples. — Aucun accident général.

État actuel, 10 octobre : CHANCRE MOU type de la petite lèvre droite.

Aucun autre symptôme. — Cautérisation.

Sortie le 25. — Revue en 1857 ; aucun accident de syphilis.

—

Obs. 15*. — T... (Jean), 52 ans. — Tempérament bilieux ; constitution autrefois robuste, mais affaiblie par le travail et les excès.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Clémence dans la première quinzaine du mois d'avril 1856. — (Coït antérieur datant de deux mois.)

Apparition de plusieurs chancres à quelques jours d'intervalle du dernier coït. — Aucun traitement. — Production d'un phimosis œdémateux, avec inflammation des plus intenses.

État actuel, 18 avril : Phimosis œdémateux ; prépuce très tuméfié, présentant une teinte érysipélateuse ; quelques points gangrenés ; écoulement sanieux, mêlé de détritus organiques, d'odeur gangréneuse.

Dans les jours qui suivent, séparation de lambeaux mortifiés très étendus; perforation du prépuce sur plusieurs points.

Légère tension ganglionnaire dans les aines. — Chancre d'inoculation accidentelle, *à base molle,* sur la cuisse gauche.

30. Le gland peut être mis à découvert; on reconnaît alors l'existence de plusieurs chancres sur la rainure et sur la face muqueuse du prépuce; ces chancres ne présentent aucune induration à leur base.

Traitement simple. — Guérison rapide.

Suivi jusqu'en octobre 1856. — Aucun accident de syphilis.

Clémence H..., 35 ans. — Fille publique. — Phthisique.

Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 29 avril (Saint-Lazare) : *Chancre gangréneux,* à base un peu engorgée mais dépourvue d'induration spécifique, siégeant à l'entrée du vagin. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Larges excavations tuberculeuses au sommet des deux poumons.

Traitement simple. — Aucun accident de syphilis. — Morte six mois après l'entrée à Saint-Lazare.

—

Obs. 16. — V..., âgé de 21 ans; constitution moyenne.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille D... (Emilia) du 15 au 18 septembre. *(Coït antérieur datant du 15 août; pas de coït consécutif.)* Chancres développés le 20 septembre.

État actuel, 21 : Trois CHANCRES SIMPLES types. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Cautérisation profonde. — Guérison très rapide.

Suivi jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

D... (Emilia), 18 ans. — Faible et lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 25 septembre : CHANCRES SIMPLES à base complétement molle, multiples, situés sur les grandes et les petites lèvres. — Ces chancres dateraient de dix à quinze jours, au dire de la malade.

Cautérisation. — Guérison en cinq semaines.

Suivie jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

—

Obs. 17*. — R..., 18 ans. — Sujet lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Adèle B... le 2 novembre. (Coït antérieur remontant à trois ou quatre semaines.)— Chancres reconnus dès le 4 novembre.

État actuel, 10 novembre : Phimosis œdémateux; trois CHANCRES SIMPLES de l'anneau inférieur du prépuce. — *Adénite aiguë* de l'aine droite.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Pansements au vin aromatique. — Cataplasmes.

Résolution de l'adénite; cicatrisation des chancres vers le 10 décembre.

Revu en mai 1857. — Aucun accident de syphilis.

B... (Adèle), 20 ans ; fille publique. — Constitution très forte.

Antécédents : Retenue à St-Lazare, en 1854, pour une vaginite; en 1856, à deux reprises, pour des végétations et des chancres simples. — Nul accident de syphilis.

État actuel, 7 novembre (St-Lazare) : Trois CHANCRES SIMPLES, l'un du méat, les deux autres des petites lèvres. — Catarrhe utérin purulent.

Cautérisation. — Tampon d'ouate alunée. — Guérison rapide.

Revue en janvier 1857 pour de nouveaux chancres simples. — Aucun accident de syphilis.

—

OBS. 18*. — D..., 22 ans ; constitution faible ; sujet scrofuleux.

Aucun antécédent vénérien. — Ce jeune homme n'avait pas vu de femmes de puis neuf mois, lorsqu'il eut des rapports avec la fille Juliette, dans la première semaine d'octobre. — Apparition de plusieurs chancres à quelques jours d'intervalle du dernier coït. — Pas de traitement.

État actuel, 10 novembre : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce. — *Double adénite aiguë, suppurée.* — Les deux bubons sont ouverts. — Cataplasmes. — Pansement au vin aromatique. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Sorti en décembre. — Suivi jusqu'en mai 1857. — Aucun accident de syphilis.

Juliette, 20 ans, fille publique. — Constitution très robuste.

Première affection vénérienne.

État actuel, 17 octobre (Saint-Lazare) : Large CHANCRE SIMPLE, occupant la fourchette et l'entrée du vagin. — *Bubon suppuré* dans l'aine droite.

Pansement simple. — Cataplasmes.

L'ulcération inguinale devient *phagédénique.* — Préparations ferrugineuses ; cautérisation au fer rouge.

Revue en 1857. — Nul accident de syphilis.

—

OBS. 19*. — R..., 27 ans. — Sujet robuste.

Antécédents : Quatre blennorrhagies, la dernière en 1853.

Rapports avec la fille T... (Marie) dans les premiers jours de juillet. *(Coït anterieur remontant à cinq semaines. — Pas de coït consécutif.)*

Chancres développés vers le 10 juillet.

État actuel, 21 juillet : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison en trois semaines.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

T... (Marie), 26 ans. — Fille publique. — Aucun antécédent vénérien.

Etat actuel, 24 juillet (Saint-Lazare) : CANCRE MOU type, situé à la partie interne de la grande lèvre gauche. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Cautérisation. — Guérison rapide.

Revue en octobre, à Saint-Lazare, pour un nouveau chancre de la fourchette. — Aucun accident de syphilis.

Suivie jusqu'en février. — Nulle manifestation diathésique.

En janvier, nouveau chancre à base molle.

—

OBS. 20*. — M... (Édouard), 20 ans. — Tempérament sanguin; constitution robuste.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Virginie le 15 juillet. — *(Coït antérieur remontant à cinq semaines; pas de coït consécutif.)*

Apparition de plusieurs chancres vers le 22; aucun traitement. — Dans les premiers jours d'août, tuméfaction douloureuse des aines.

État actuel, 8 août : Deux *chancres simples*, à base molle, de la rainure glando-préputiale, l'un à droite, l'autre à gauche.

Double adénite inguinale aiguë.

Traitement : Vin aromatique, sangsues, cataplasmes.

Résolution de l'un des bubons; — l'autre est ouvert le 17 août, et la plaie consécutive prend l'aspect chancreux.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres de la rainure.

Sorti de l'hôpital le 27 octobre. — Revu en mars 1857 : aucun accident constitutionnel.

Virginie D..., fille publique, 19 ans. — Tempérament nerveux.

Antécédents : En juin 1856, chancre mou de la fourchette; guérison rapide, sans traitement interne.

État actuel (août) : Trois *chancres mous*, l'un sur la grande lèvre gauche, le second sur la fourchette, le troisième sur la face interne de la petite lèvre droite. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Guérison rapide.

Revue à Saint-Lazare en novembre 1856, pour de nouveaux chancres simples. — Aucun accident de syphilis ne s'était manifesté jusqu'à ce jour.

Revue de nouveau en janvier 1857, pour une métrite, et dans les mois suivants pour de nouveaux chancres simples. — Aucun accident constitutionnel.

—

OBS. 21. — (V. page 64.)

II

(Je range dans ce second paragraphe les observations dans lesquelles nous n'avons fait que comparer les accidents sur plusieurs sujets contagionnés par la même femme, sans pouvoir remonter à la source de cette contagion.)

OBS. 22*. — QUADRUPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES. (V. p. 72.)

—

OBS. 23. — QUADRUPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

Quatre malades du Midi *tenant la contagion de la même femme* présentèrent les accidents suivants :

I. D..., 20 ans; sujet assez robuste.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Z... dans les derniers jours de juin. — (Coït antérieur remontant à trente-deux jours; pas de coït consécutif.) — Chancres développés dès le 1er juillet. Pas de traitement.

État actuel, 12 juillet : CHANCRES SIMPLES multiples sur l'anneau inférieur du prépuce. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Pansement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un de ces chancres. — Guérison en douze semaines.

Suivi jusqu'en janvier 1857. — Nul accident de syphilis.

II. B..., 24 ans ; lymphatique.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Z... le 20 juin. — (Coït antérieur de deux mois ;

pas de coït consécutif.) — Chancres développés le 25. — Pas de traitement.

État actuel, 3 juillet : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce.

Pansement simple. — Guérison sans accident.

(Comm. par M. PUCHE.)

III. L..., 21 ans, lymphatique.

Pas d'antécédents vénériens.

Rapports avec la fille Z... dans les premiers jours de juillet. — (Coït antérieur de trois mois ; pas de coït consécutif.) — Chancres développés vers le 8 juillet.

Pansement à l'eau blanche.

État actuel, 27 juillet : CHANCRES SIMPLES de la rainure. — Pansement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un de ces chancres.

Adénite aiguë, développée en août, suppurée ; chancre ganglionnaire.

Suivi jusqu'en décembre. — Nul accident de syphilis.

IV. K..., 30 ans, sujet robuste et sanguin.

Antécédents : blennorrhagie en 1846.

Rapports en juillet avec la fille Z... — (Coït antérieur de huit mois ; pas de coït consécutif.) — Chancres développés presque immédiatement. — Pommade mercurielle.

État actuel, 25 juillet : CHANCRES SIMPLES du prépuce. — Pansement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un de ces chancres.

En août, *adénite aiguë*, suppurée.

Suivi jusqu'en février 1857. — Nul accident de syphilis.

—

OBS. 24. — TRIPLE CONTAGION DE CHANCRES SIMPLES.

Trois malades du Midi tenaient la contagion de la même femme. Voici ce que nous avons constaté sur chacun d'eux :

I. B..., 20 ans, lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie simple en 1854.

Rapport avec la fille C... vers le 15 juin. — (Coït antérieur remontant à deux mois.) — Chancres actuels reconnus le 19.

État actuel, 1er juillet : SIX CHANCRES SIMPLES du prépuce, du frein et de la rainure. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche, suppurée. — Traitement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Suivi jusqu'en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

II. P..., 21 ans, sujet robuste.

Antécédents : Deux blennorrhagies en 1854 et 1855.

Rapport avec la fille C... du 18 au 25 juin.— (Coït antérieur remontant à six semaines; pas de coït consécutif.) — Chancres actuels reconnus dans les premiers jours de juillet. — Pas de traitement.

État actuel, 21 juillet : TROIS CHANCRES SIMPLES, deux sur le fourreau, à forme ecthymateuse, le troisième sur le gland.

Traitement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres. — Nul accident de syphilis jusqu'à la sortie (30 septembre). — Perdu de vue.

III. C..., 19 ans, lymphatique, affaibli.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille C... dans les derniers de juin.— (Coït antérieur remontant à vingt-six jours; pas de coït consécutif.) — Chancres actuels datant des premiers jours de juillet.

État actuel, 17 juillet : CHANCRES SIMPLES du prépuce et du fourreau.

Traitement simple. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres. — Guérison en huit semaines.

Suivi jusqu'en février 1857. — Nul accident de syphilis.

—

OBS. 25. — Deux malades tenant la contagion de la même femme présentèrent les symptômes suivants :

B..., 25 ans, sujet robuste, sans antécédents vénériens.

Rapports avec la fille M... dans les premiers jours d'avril. — (*Coït antérieur remontant à sept semaines. — Pas de coït consécutif.*) — Chancres développés le 8 avril. — Pas de traitement.

État actuel, 17 août : CHANCRES SIMPLES de la rainure. — Pas de retentissement ganglionnaire. — Pansement au coton cardé.

Guérison en six semaines.

(Comm. par M. PUCHE.)

A..., 23 ans; constitution moyenne.

Antécédents : Deux blennorrhagies, la dernière en 1855.

Ce jeune homme vivait depuis plusieurs mois avec la fille M..., *sans avoir de rapports avec d'autres femmes*, lorsqu'il fut affecté de chancres dans les derniers jours de mars. — Lotions à l'eau blanche.

État actuel, 8 avril : CHANCRES SIMPLES multiples du prépuce et de la rainure. — Pas de retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison rapide.

Revu en août : Blennorrhagie. — Suivi jusqu'en septembre. — Aucun accident de syphilis.

—

Obs. 26. — P..., 23 ans; sujet robuste, bilieux.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports dans les derniers jours de mai 1856, avec la fille P... — (Coït antérieur remontant à deux mois au moins; pas de coït consécutif.) — Chancres reconnus dès les premiers jours de juin. — Pas de traitement interne; pansements à l'eau blanche.

État actuel, 3 juillet : Chancres simples multiples du prépuce et de la rainure; quelques-uns profonds, excavés, à tendance phagédénique. — Pansement à la solution de tartrate ferrico-potassique. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres du prépuce.

Suivi jusqu'en mars 1857. — Nul accident de syphilis.

G..., 29 ans; sujet robuste, sanguin.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports dans la dernière semaine de mai 1856 avec la fille P...—(Coït antérieur remontant à sept semaines; pas de coït consécutif.)—Chancres déclarés dès le 1er juin. — Pansement à la pommade camphrée.

État actuel, 20 juin : Chancre simple du prépuce. — *Adénite aiguë* de l'aine droite.

Pansement au vin aromatique. Cataplasmes. — *Inoculation positive* avec le pus du chancre préputial.

Suppuration de l'adénite, qui est ouverte le 27 juin.

Suivi jusqu'en décembre 1856. — Nul accident de syphilis.

—

Obs. 27. — M... et R... tenaient la contagion de la même femme. — Voici les symptômes qu'ils nous présentèrent :

M..., 20 ans, lymphatique, sans antécédents vénériens.

Rapports avec la fille B... vers le 20 octobre. — (*Coït antérieur remontant à trois mois. — Pas de coït consécutif.*) — Chancres développés dès le 24. — Simples lotions émollientes.

État actuel (fin d'octobre) : Balano-posthite intense. — Chancres simples de l'anneau inférieur du prépuce. — Tension douloureuse des ganglions dans les deux aines.

Injections de nitrate d'argent. — Bains. — Cataplasmes. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Résolution de l'adénite. — En novembre, le gland peut être découvert, et l'on constate l'existence de plusieurs *chancres à base molle* sur la face muqueuse du prépuce et sur le gland. — Vin aromatique.

Suivi seulement jusqu'au 31 décembre. — Aucun accident constitutionnel.

R..., 29 ans ; sujet assez robuste.

Antécédents : chancres du prépuce en 1850. — Nul accident consécutif.

Rapports avec la fille B... le 22 octobre. (*Coït antérieur remontant à trois mois ; pas d'accident consécutif.*) — Chancres développés à quelques jours d'intervalle. — Pansement au vin aromatique.

État actuel, 2 novembre : Deux CHANCRES MOUS de la face interne du prépuce. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Guérison en sept semaines.

Suivi jusqu'en avril 1857. — Aucun accident consécutif.

—

OBS. 28. — Deux amis eurent commerce, dans la même soirée, avec la même femme. Tous deux prirent des chancres simples.

B..., 18 ans, lymphatique. — Sans antécédent vénérien.

Rapports avec la fille P... le 23 juin. — (Coït antérieur de quatre semaines ; pas de coït consécutif.)—Chancres développés dès le lendemain.

État actuel (juillet) : CHANCRES SIMPLES, multiples de l'anneau inférieur du prépuce. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. — Cicatrisation en neuf semaines.

Suivi jusqu'en octobre. — Nul accident consécutif.

B..., 22 ans ; sujet très robuste, sanguin.

Antécédents : Deux blennorrhagies, la dernière il y a huit mois.

Rapports avec la fille P... le 23 juin. — (Coït antérieur de vingt-deux jours ; pas de coït consécutif.)— Chancres reconnus vers le 3 juillet.

État actuel, 17 juillet : Trois CHANCRES SIMPLES, deux sur le prépuce, le troisième sur le fourreau. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche.

Pansement au vin aromatique ; cataplasmes.—Suppuration de l'adénite.

Suivi jusqu'en novembre. — Nul accident consécutif.

—

OBS. 29. — Deux amis eurent commerce le même jour avec la même femme. Tous deux contractèrent des chancres simples.

L..., 31 ans, sujet très robuste, sanguin. — Sans antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Louise V... le 8 juillet. — (Coït antérieur remontant à sept semaines ; pas de coït consécutif.) — Chancres développés le 12. — Pas de traitement interne ; lotions d'eau blanche.

État actuel, 7 août : CHANCRES SIMPLES de la rainure et du frein. — *Adénite aiguë.* — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique. — Cataplasmes.

Résolution de l'adénite — Cicatrisation du chancre en cinq semaines.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

M..., 19 ans, faible, lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855.

Rapports avec la fille Louise V... le 8 juillet. — (Coït antérieur remontant à quatre semaines. — Pas de coït consécutif.) — Chancres développés vers le 15. — Pas de traitement.

État actuel, 27 juillet : CHANCRES SIMPLES multiples de la rainure, du gland et du frein. — *Adénite aiguë.* — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Pansement au vin aromatique. — Cataplasmes.

Suppuration de l'adénite. — Cicatrisation des chancres en 7 semaines.

Revu en octobre : Blennorrhagie. — Suivi jusqu'en février 1857. — Aucun accident de syphilis.

—

OBS. 30. — V..., 27 ans ; sujet très robuste.

Pas d'antécédents vénériens.

Rapports avec la fille L... le 30 juin. (Coït antérieur remontant à trois mois ; pas de coït consécutif.) — Chancres développés dès les premiers jours de juillet. Nul traitement.

État actuel, 15 juillet : Sept CHANCRES SIMPLES, à base molle, siégeant sur le prépuce et la rainure. — *Adénite aiguë,* monoganglionnaire, de l'aine gauche.

Pansement au vin aromatique ; cataplasmes. — *Inoculation positive* avec le pus de l'un des chancres.

Suppuration de l'adénite, qui est ouverte le 21. — La plaie ne tarde pas à prendre le caractère chancreux et envahit une grande étendue de la région inguinale. — Pansement à la solution ferrico-potassique. — Guérison en septembre.

Suivi jusqu'en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

G..., 27 ans ; constitution moyenne ; tempérament bilieux.

Pas d'antécédents vénériens.

Rapports avec la fille L... dans les premiers jours de juillet. — (Coït antérieur remontant à *deux ans,* au dire du malade ; pas de coït consécutif.) — Chancres développés à quelques jours d'intervalle. — Cautérisations répétées.

État actuel, 21 juillet : Trois CHANCRES SIMPLES du prépuce ; la base des ulcérations présente une légère dureté phlegmoneuse, due probablement aux cautérisations antérieures. — Tension douloureuse des ganglions

dans l'aine droite ; tuméfaction du cordon lymphatique sus-pénien.

Traitement : vin aromatique ; cataplasmes. — Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Résolution de l'adénite ; cicatrisation des chancres en cinq semaines.

Suivi jusqu'en décembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

III

OBS. 31. — Deux amis eurent des rapports dans la nuit du 17 août avec la même femme.

L'un d'eux, âgé de 28 ans, venait d'être traité dans le service de M. Ricord pour des accidents de syphilis constitutionnelle (plaques muqueuses buccales, syphilide papulo-squammeuse) ; il avait la verge saine lorsqu'il se livra au coït, quelques jours après avoir quitté l'hôpital. Il n'avait pas vu de femmes depuis quatre mois.

Le second, âgé de 18 ans, n'avait jamais eu de rapports sexuels.

Tous deux contractèrent des chancres, et je constatai :

1° Sur le premier, cinq CHANCRES SIMPLES, à base molle, du prépuce et du gland ; bubon aigu de l'aine ; suppuration ; chancre ganglionnaire. — Reprise des accidents constitutionnels : syphilide impétigineuse ; ulcérations buccales.

2° Sur le second, CHANCRES SIMPLES du frein et du prépuce. — Traitement simple. — Guérison en six semaines.

Suivi jusqu'en mars, ce malade n'a présenté aucun accident de syphilis.

—

OBS. 32. — (V. page 120, deuxième contagion.)

DEUXIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE SIMPLE DANS SA FORME, DE SUJET VIERGE A SUJET SYPHILITIQUE.

OBS. 33. — (V. page 119.)

—

OBS. 34. — A... (Emile), âgé de 18 ans, lymphatique, portait un chancre depuis trois semaines, lorsqu'il eut des rapports dans la nuit du 30 septembre avec la fille B... (Evelina). La même nuit, à une demi-

heure d'intervalle, cette fille accordait ses faveurs au nommé S... (Alexis). — Or, voici ce que je fus appelé, avec mon collègue V. Poisson, à constater sur ces trois malades :

I. A... (Emile) se présenta le 5 octobre, portant un large *chancre du fourreau, à base molle,* sans aucun retentissement ganglionnaire. (*Premier accident vénérien.*)

Un pansement simple fut prescrit. — Le malade guérit en quelques semaines et n'éprouva aucun accident de syphilis jusqu'en avril 1857, époque à laquelle je l'ai perdu de vue.

II. B... (Alexis), 21 ans, de constitution robuste, n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien. — Chancre du frein, déclaré dès les premiers jours de septembre.

État actuel, 17 octobre : CHANCRE SIMPLE type, siégeant sur le frein ; CHANCRE SIMPLE de la rainure. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus du chancre du frein.

Pansement au vin aromatique. Guérison rapide.

Suivi jusqu'en mai 1857. — Aucun accident de syphilis.

III. B... (Evelina), 18 ans. Lymphatique.

Antécédents : *Syphilis antérieure.* (Roséole en août 1856. Plaques muqueuses de la vulve, alopécie ; adénopathie cervicale.)

État actuel, 10 octobre : CHANCRE SIMPLE de la face externe de la grande lèvre ; CHANCRE SIMPLE de l'anus (ces deux ulcérations dateraient d'une huitaine, au dire de la malade). — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions durs et indolents, datant de plusieurs mois.

18 octobre. Apparition sur la vulve de nouvelles *plaques muqueuses.* — Traitement mercuriel. — Pas de nouvel accident.

TROISIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE A BASE MOLLE DES SUJETS SYPHILITIQUES SOUS FORME DE CHANCRE SIMPLE, NON INFECTANT.

OBS. 35*. — Une fille publique contracte un *chancre* qui devient l'origine d'une syphilis constitutionnelle. Elle transmet à cette époque un *chancre induré,* également suivi de vérole. Quelques mois plus tard, elle prend un nouveau chancre *dont la base reste molle ;* elle le transmet sous forme d'un *chancre simple à base molle,* non suivi d'accidents constitutionnels. — Voici cette observation en détail :

N..., 35 ans. Sujet robuste et sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports dans la seconde semaine de mai avec la fille C... (Coït antérieur remontant à trois mois environ.)—Apparition de deux chancres à quelques jours du dernier coït. — Aucun traitement.

État actuel, 4 juillet : CHANCRE INDURÉ de la rainure ; CHANCRE INDURÉ du sommet du gland. — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions durs, multiples et indolents. Lymphangite dorsale indurée.

Inoculation négative avec le pus de l'un des chancres.

Traitement mercuriel. — (5, 10 et 15 centig. de proto-iodure.)

En août : *roséole érythémateuse* ; — adénopathie cervicale postérieure; éruption croûteuse du cuir chevelu.

C... (Eugénie) ; 24 ans. Constitution robuste.

Première affection venérienne.

État actuel, 15 mai (Saint-Lazare) : Chancre du col utérin, à bords taillés à pic, à fond grisâtre. — Aucun autre symptôme. — Traitement simple.

Le 17, apparition d'un nouveau chancre à la fourchette. — Le chancre se développe en conservant une base molle. (Inocul. consécutive.)

1er juillet. *Roséole érythémateuse*, confluente. — Traitement mercuriel.

25 juillet. *Syphilide papuleuse* occupant la poitrine, le dos et les jambes. — Adénopathie cervicale postérieure ; croûtes du cuir chevelu ; alopécie.

En novembre, cette fille entre de nouveau à Saint-Lazare, portant un CHANCRE MOU type de la fosse naviculaire.—Or, l'un de nos malades, qui tenait d'elle la contagion, présentait comme elle un chancre simple.

R..., 23 ans. Constitution moyenne.

Antécédents : Blennorrhagie en 1852.

Rapports avec la fille C... (Eugénie), à la date du 16 novembre. (Coït antérieur remontant à trois mois ; pas de coït consécutif.) — Chancre développé vers le 21. — Pas de traitement.

État actuel, 29 novembre : Trois CHANCRES A BASE MOLLE du prépuce et du gland. — Aucun retentissement ganglionnaire.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Traitement : Pansement au vin aromatique. — Guérison en huit semaines.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

Obs. 36*. — M..., 30 ans; robuste, sanguin.

Antécédents : Quatre ou cinq blennorrhagies, la dernière il y a dix-sept mois. — Nul accident consécutif.

Rapport avec la fille Célestine dans le courant de septembre. (Coït antérieur remontant à vingt-deux jours.) — Chancres reconnus à quelques jours d'intervalle du dernier coït.

État actuel, 22 septembre : Chancres simples du prépuce et du gland. Légère tension ganglionnaire.

Pansement au vin aromatique. Cataplasmes.

Inoculation positive avec le pus de l'un des chancres.

Adénite aiguë, dans les jours qui suivent. — Suppuration.

Suivi jusqu'en décembre. — Aucun accident de syphilis.

B..., 23 ans; lymphatique, chétif.

Aucun antécédent vénérien.

Rapport avec la fille Célestine vers le 25 septembre. (Coït antérieur remontant à quatre mois au moins; pas de coït consécutif.)

État actuel, 30 septembre : Trois chancres simples de la rainure. — Pansement au vin aromatique. — Guérison rapide.

Revu à plusieurs reprises jusqu'en avril 1857. — Aucun accident de syphilis.

L... (Célestine), 21 ans. — Lymphatique.

Antécédents : En juin 1857, *chancre induré* du clitoris, traité à Saint-Lazare.

État actuel, 18 octobre (Saint-Lazare) : Très large chancre simple, occupant toute la fourchette, et datant évidemment de plusieurs semaines.

Adénopathie bi-inguinale, indolente, remontant à quatre mois. — Quelques plaques muqueuses en voie de développement sur la face externe des grandes lèvres. — Adénopathie cervicale.

Traitement mercuriel. — Pas de nouvel accident jusqu'à la sortie.

Revue en janvier 1857. — Pas de nouvelle manifestation constitutionnelle.

—

Obs. 37. — H..., 20 ans. Constitution moyenne; tempérament lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie simple en 1854.

Rapports habituels avec la fille D... (Zoé). — Pas de rapports avec d'autres femmes depuis trois mois.

État actuel, 6 mai : Chancres simples multiples du prépuce, datan de trois semaines. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche, suppurée.

Traité au Midi pendant neuf semaines. (Cataplasmes, vin aromatique).
Revu à plusieurs reprises jusqu'en novembre 1856. — Aucun accident de syphilis.

D... (Zoé), 18 ans. — Constitution moyenne.
Antécédents : Chancre infectant en 1854, suivi d'accidents de *syphilis constitutionnelle.* (Roséole; plaques muqueuses à plusieurs reprises; alopécie; adénopathie cervicale; douleurs rhumatoïdes, etc.)
État actuel, 4 mai : CHANCRE A BASE MOLLE, situé à la fourchette, datant de quelques semaines.
Traitement simple.
Pas de nouvel accident de syphilis dans le cours de l'année 1856.

—

OBS. 38*. — H..., 20 ans; lymphatique.
Aucun antécédent vénérien.
Rapports avec la fille Blanche dans les derniers jours d'août. (Coït antérieur remontant au moins à quatre semaines; pas de coït consécutif.) — Chancres reconnus dès les premiers jours de septembre. Pour traitement, pansement et lotions à l'eau de Saturne.
Etat actuel, 10 septembre : Trois CHANCRES SIMPLES, à base molle, siégeant sur le prépuce. — Adénite aiguë de l'aine gauche.
Pansement au vin aromatique. — Cataplasmes.
Suppuration de l'adénite, qui est ouverte le 22 septembre. — La plaie prend les caractères d'un chancre, revêt le caractère phagédénique, et envahit une grande partie de la région inguinale. — Pansement à la solution de tartrate ferrico-potassique. — Guérison en décembre.
Revu en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

L... (Blanche), 21 ans ; lymphatique.
Antécédents : Syphilis constitutionnelle antérieure. (Chancre induré en 1854; pléiades inguinales. — Plaques muqueuses de la vulve et de l'anus à plusieurs reprises. — Alopécie. — Adénopathie cervicale, etc.
État actuel, 6 septembre (St-Lazare) : CHANCRES MOUS de la vulve. — Adénite aiguë de l'aine gauche. — Cautérisation. — Ouverture du bubon.
Sortie le 25 septembre. — Pas de nouvel accident.

—

OBS. 39*. — D..., 22 ans. Constitution moyenne; tempérament lymphatique.
Aucun antécédent vénérien.
Rapports avec la fille Ida le 11 mai. (Coït antérieur datant de trente-cinq jours ; pas de coït consécutif.) — Dès le 14, apparition de plusieurs

chancres sur la verge ; quelques jours après, tuméfaction des glandes de l'aine.

État actuel, 23 mai : Sept *chancres simples*, à base parfaitement souple, siégeant sur la rainure, le prépuce et le frein. — Adénite aiguë de l'aine droite.

Traitement : Vin aromatique. — Repos. — Cataplasmes.

Ouverture du bubon le 1er juin ; la plaie ne tarde pas à prendre le caractère chancreux. — Pansement au vin aromatique.

Sorti de l'hôpital le 10 juillet. — Revu jusqu'en janvier 1857. — Aucun accident constitutionnel.

Ida, fille publique, 25 ans. Lymphatique.

Antécédents : En 1853, chancre infectant, suivi d'accidents constitutionnels (syphilides, plaques muqueuses, douleurs ostéocopes, alopécie.) qui furent traités par M. Ricord. — Médication mercurielle et iodurée, suivie pendant six mois. — Depuis cette époque, aucun nouveau symptôme de syphilis.

État actuel, 15 mai (St-Lazare) : Deux *chancres simples*, à base molle, l'un de la grande lèvre gauche, l'autre des caroncules à droite. — Aucune tension ganglionnaire. — Pansement simple.

Guérison rapide. — Pas de nouvel accident de syphilis.

QUATRIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE A BASE MOLLE DES SUJETS SYPHILITIQUES SOUS FORME DE CHANCRE INDURÉ, SUIVI DE VÉROLE CONSTITUTIONNELLE.

OBS. 40*, 41*, 42*, 43*. — (V. pages 196, 198, 199.)

CINQUIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE INDURÉ DANS SON ESPÈCE SUR LES SUJETS VIERGES.

I

OBS. 44*. — J..., 23 ans. Sujet robuste, sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports le 16 août avec la fille J... (Marie). — (Coït antérieur remontant à un mois.) — Chancre reconnu vers le 25 août. — Aucun traitement.

État actuel, 9 septembre : CHANCRE INDURÉ type de la rainure, ligne médiane et supérieurement. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En octobre, *roséole*. — En novembre, *plaques muqueuses* buccales.

G..., 25 ans. Lymphatique.

Antécédents : Chancres en 1854, avec adénite aiguë. — Pas de traitement mercuriel; aucun accident consécutif.

Rapports le 20 août avec la fille J... (Marie). — (Coït antérieur remontant à quatre semaines; pas de coït consécutif.) — Chancres reconnus le 26.

État actuel, 5 septembre : Double CHANCRE INDURÉ, l'un de la rainure, l'autre du frein. — Adénopathie bi-inguinale spécifique, bien caractérisée à gauche. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En décembre, *plaques muqueuses* gutturales; alopécie; croûtes du cuir chevelu; adénopathie cervicale postérieure.

J... (Marie), 25 ans. Tempérament sanguin.

Antécédents : Chancre simple en 1854. — Nul accident consécutif.

État actuel, 26 août (St-Lazare) : Large CHANCRE INDURÉ de la vulve, à base très résistante, datant d'une quinzaine, au dire de la malade. — Adénopathie inguinale à ganglions multiples, durs et indolents. — Cautérisation. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : Syphilide érythémateuse générale.

—

OBS. 45 et 46. — (V. pages 181 et 184.)

—

OBS. 47. — J..., 21 ans. — Sujet très robuste, sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Louise vers le 15 octobre. (Coït antérieur remontant au moins à deux mois; pas de coït consécutif.) — Chancre développé dès le 21. — Aucun traitement.

État actuel, 29 novembre : CHANCRE INDURÉ du fourreau, en voie de réparation. Adénopathie bi-inguinale spécifique. — *Roséole; plaques muqueuses* du scrotum; éruption croûteuse du cuir chevelu; adénopathie cervicale.

Louise, 17 ans. — Constitution faible, tempérament lymphatique.

Première affection vénérienne.

État actuel, 29 novembre : Large CICATRICE INDURÉE siégeant sur le clitoris (l'ulcération antérieure remonterait à deux mois, au dire de la malade). — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente. — *Plaques muqueuses* de la vulve. — *Céphalée.* — Adénopathie cervicale.

—

OBS. 48. — L..., 25 ans ; lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait depuis six mois avec la fille P... (Véronique), sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté de plusieurs chancres de la verge dans les premiers jours d'août. — Nul traitement.

État actuel, 25 novembre : CHANCRES INDURÉS de la rainure, en voie de réparation très avancée. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente.

Syphilide papuleuse confluente ; *plaques muqueuses* amygdaliennes ; adénopathie cervicale et mastoïdienne. Céphalée nocturne ; douleurs rhumatoïdes.

P... (Véronique), 19 ans ; lymphatique.

Première affection vénérienne.

État actuel, 26 novembre : CHANCRE INDURÉ, en voie de réparation, siégeant sur la grande lèvre gauche. Ce chancre daterait de plus de quatre mois d'après l'aveu de la malade. — Adénopathie inguinale gauche spécifique.

Roséole érythémateuse au déclin ; *papules muqueuses* de la langue et de l'isthme du gosier ; alopécie ; adénopathie cervicale.

—

OBS. 49. — R..., 32 ans. Constitution robuste ; sujet bilieux.

Antécédents : En 1846, *chancres simples,* traités par M. Ricord, sans médication mercurielle. — Nul accident consécutif.

En 1855, nouveaux *chancres simples*, accompagnés d'une *adénite suppurée.* Traitement au Midi dans le service de M. Ricord (vin aromatique, cataplasmes). — Nul accident consécutif.

Rapport le 2 février avec la fille Annette. (Coït antérieur remontant au 1er janvier ; pas de coït consécutif.) — Chancres reconnus par le malade dès le 8 février.

15 février (consultation du Midi). CHANCRE INDURÉ du frein. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure, indolente. — Traitement mercuriel.

22 avril. Le traitement n'a été qu'incomplétement suivi. — *Roséole* — Éruption croûteuse du cuir chevelu; chute des cheveux; adénopathie cervicale postérieure. — Céphalée.

Annette C..., 35 ans. Constitution extrêmement robuste.

Premier accident vénérien.

État actuel, 12 février : CHANCRE PARCHEMINÉ de la petite lèvre gauche, en voie de réparation; chancre du col. — Adénopathie inguinale, multiple, dure, indolente, très caractérisée. — Écoulement vaginal abondant. — Traitement mercuriel.

7 mars. Angine érythémateuse.

2 mai. *Plaques muqueuses* de la vulve. — Céphalée. — Chute des cheveux ; angine persistante. — Rougeur du pharynx sans ulcérations.

N. B. Un ami de notre malade avait eu des rapports, le 2 février, avec la même femme; il ne contracta qu'une blennorrhagie, qui ne fut suivie d'aucun accident.

—

OBS. 50. — C..., 18 ans. Sujet débile, anémié.

Aucun antécédent vénérien. — Ce jeune homme n'a jamais eu de rapports avec d'autre femme que la nommée J... (Marie).

Chancre actuel datant des premiers jours de novembre.

État actuel, 2 décembre : CHANCRE PARCHEMINÉ du fourreau. — Pléiades inguinales, dures et indolentes.

Accidents consécutifs : 30 décembre, *roséole*. — Adénopathie mastoïdienne et cervicale; quelques croûtes du cuir chevelu.

J. (Marie), 19 ans. Constitution assez forte; tempérament nervososanguin.

Pas d'antécédent vénérien.

État actuel, 8 novembre (Lourcine) : CHANCRE INDURÉ de la fourchette, datant de quelques jours. — Adénopathie bi-inguinale spécifique, en voie de développement.

Accidents consécutifs : En décembre, douleurs erratiques, étourdissements, céphalée, malaise général, insomnie. — Puis, éruption d'une *roséole papuleuse;* alopécie. — Érythème guttural (1).

—

OBS. 51. — C..., 28 ans; sujet robuste, sanguin.

Antécédents : Chancres en 1848. — Pas de traitement mercuriel ; aucun accident consécutif.

(1) Cette femme fut examinée par M. V. Poisson, à l'hôpital de Lourcine.

Marié, et n'ayant eu commerce qu'avec sa femme depuis plusieurs années.

Chancres développés dans les derniers jours de novembre. — Aucun traitement.

État actuel, 9 décembre : CHANCRE INDURÉ de la rainure (induration chondroïde); CHANCRE PARCHEMINÉ de la face muqueuse du prépuce.— Pléiades inguinales. — Traitement mercuriel.

30 décembre : *Roséole.—Plaques muqueuses* des commissures labiales.

Je vis en décembre la femme de ce malade (22 ans, lymphatique). Elle niait tout antécédent vénérien; en 1851, abcès de la vulve.

État actuel, 16 décembre : CHANCRE INDURÉ du sillon compris entre les deux lèvres, à gauche, datant de trois semaines, au dire de la malade. — Adénopathie inguinale gauche, à ganglions multiples et indolents.

29 décembre : *Roséole; plaques muqueuses* de la vulve; légère chute des cheveux.

—

OBS. 52. — B..., 23 ans; sujet lymphatique; constitution faible.

Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait avec la fille F... depuis six mois, sans avoir de rapports avec aucune autre femme, lorsqu'il fut affecté de chancres dans premiers jours de février. — Aucun traitement.

État actuel, 11 mars : Deux CHANCRES PARCHEMINÉS du fourreau. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente. — Traitement mercuriel et ferrugineux.

Accidents consécutifs, 23 mars : *Roséole.*

3 avril : Nouvelle éruption à type papuleux (*syphilide papuleuse*). — Angine et céphalée datant de quelques jours.

La fille F..., de qui notre malade tenait la contagion, fut visitée à la même époque par M. Ravin, interne de Lourcine, qui constata sur elle les symptômes suivants : Trois CHANCRES INDURÉS, deux sur la petite lèvre gauche, le troisième sur la fourchette. — *Roséole; pharyngite érythémateuse; alopécie.*

—

OBS. 53*. — H..., 28 ans. Constitution très forte. — Tempérament sanguin. — Sujet adonné aux excès alcooliques.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille V... (Virginie) dans la première quinzaine de mai. (Coït antérieur remontant à trois mois; pas de coït consécutif.)

Chancre développé du 15 au 20 mai. — Nul traitement.

État actuel, 11 juillet : Large chancre du fourreau, à BASE PARCHEMINÉE, à tendance phagédénique. — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions multiples, durs et indolents.

Accidents consécutifs : Septembre, *plaques muqueuses* buccales. — Adénopathie cervicale postérieure.

Décembre 1857, *rupia* de la cuisse, à marche envahissante.

V... (Virginie), 18 ans. Constitution moyenne.

État actuel, 16 juillet 1856 : CHANCRE INDURÉ de la rainure qui sépare les deux lèvres, en voie de réparation très avancée. — Induration énorme, cartilagineuse. — Ce chancre daterait de trois mois, d'après les assertions très précises de la malade ; il aurait présenté, dès le début, une grande dureté. Adénopathie inguinale gauche, à ganglions multiples, durs et indolents.

Plaques muqueuses confluentes de la vulve. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure du côté gauche.

—

OBS. 54 (1). — G..., 31 ans ; robuste, sanguin.

Antécédents : Trois blennorrhagies, la dernière en 1848. — Aucun accident consécutif.

Marié depuis quatre mois, et n'ayant eu de rapports qu'avec sa femme, G... fut affecté d'un chancre en juillet 1856. Ce chancre S'INDURA, s'accompagna des pléiades spécifiques, et fut suivi des accidents propres à l'infection constitutionnelle : *roséole*; *plaques muqueuses* gutturales ; adénopathie mastoïdienne et cervicale postérieure.

La femme de ce malade fut visitée par M. Ricord quelques jours après le mari. Elle avouait une infidélité dans les premiers jours de juillet. — Cette femme portait deux CHANCRES INDURÉS de la vulve, accompagnés de pléiades inguinales ; à quelques mois d'intervalle, elle fut affectée de *roséole*, d'ulcérations gutturales et anales, d'alopécie, etc.

—

OBS. 55. — H..., 25 ans, tempérament lymphatique ; constitution médiocre.

Antécédents : Végétations en 1849. — Nul autre accident.

Marié en juillet 1356, M. H... avait eu des rapports, une semaine

(1) Cette observation et les deux suivantes m'ont été communiquées par M. Ricord.

avant le jour de ses noces, avec une fille publique ; deux ou trois jours avant son mariage, il s'était manifesté sur le fourreau un petit bouton que le malade ne considéra qu'au titre d'une écorchure insignifiante. Quoique ce bouton se fût agrandi, M. H... ne s'abstint pas de rapports avec sa femme. Dans les jours qui suivirent, l'ulcération continua à se développer, et lorsque le malade vint consulter M. Ricord, il portait un large CHANCRE PARCHEMINÉ du fourreau, accompagné de pléiades inguinales spécifiques. — Traitement mercuriel.

Dans les mois suivants, *roséole ; papules ulcérées* des lèvres et de la langue ; adénopathie cervicale.

La jeune mariée fut également visitée par M. Ricord, qui reconnut sur elle un CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre droite, et, de plus, une adénopathie inguinale droite spécifique.

Accidents consécutifs : *Roséole;* érythème guttural, quelques papules furfuracées sur le tronc ; alopécie ; adénopathie cervicale.

—

OBS. 56. — P..., 35 ans ; tempérament sanguin. — Aucun antécédent vénérien.

Marié depuis dix ans, il n'avait eu de rapports qu'avec sa femme depuis cette époque, lorsqu'il fut affecté de chancres en janvier 1856.

État actuel, janvier 1856 : CHANCRE INDURÉ de la rainure, à droite. — Adénopathie inguinale droite, multiple, dure et indolente. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole ; plaques muqueuses* des amygdales. — *Iritis.*

Visitée à la même époque, la femme de ce malade (29 ans, tempérament lymphatique), portait un CHANCRE PARCHEMINÉ de la fourchette, en voie de réparation, avec une double adénopathie inguinale spécifique. — Cette femme avouait une infidélité récente.

Accidents consécutifs : *Syphilide papuleuse;* angine ; *plaques muqueuses* amygdaliennes ; bubon cervical.

—

OBS. 57. — C..., 24 ans. Lymphatique.

Antécédents : Chancre simple en 1854, traité par M. Puche. Pas de médication mercurielle. — Aucun accident consécutif. — Blennorrhagie en juin 1856.

Rapports habituels avec la fille B... (Héloïse). Pas de rapports avec d'autre femme depuis juin.

Chancre actuel datant du mois d'août. — Aucun traitement.

État actuel, 30 septembre : CHANCRE INDURÉ type de la face muqueuse du prépuce (période de réparation). — Pléiades inguinales spécifiques, très caractérisées.

Syphilide papuleuse, prenant la forme impétigineuse au niveau des narines et du sillon naso-buccal. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale et sous-occipitale. — Angine ; érythème guttural ; enrouement depuis quelques jours.

Traitement mercuriel. — Cicatrisation du chancre et disparition de la syphilide vers les derniers jours d'octobre.

B... (Héloïse), 22 ans. Constitution robuste.

Pas d'antécédent vénérien.

Cette fille, d'après les renseignements que j'ai pu obtenir, fut traitée en août, dans un hôpital de Paris, pour un CHANCRE INDURÉ ; puis pour une *syphilide papuleuse* et des ulcérations buccales.

Je la vis le 3 octobre, et je reconnus sur elle une cicatrice encore indurée de la grande lèvre, avec adénopathie inguinale du côté correspondant ; — de plus, syphilide papuleuse générale ; *psoriasis palmaire* ; *papules muqueuses* de la vulve, de l'anus, des amygdales et de la langue. — Adénopathie cervicale postérieure.

—

OBS. 58. — L..., 32 ans ; constitution médiocre ; sujet lymphatique. — Pas d'antécédents vénériens.

Cet homme vivait avec la fille L... (Marie), depuis cinq à six mois, sans avoir de rapports avec aucune autre femme, lorsqu'il fut affecté d'un chancre dans les premiers jours d'août.

État actuel, 8 août : CHANCRE INDURÉ du prépuce ; adénopathie inguinale, en voie de développement, bien caractérisée du 15 au 20 août.

Accidents consécutifs : *Syphilide papuleuse* en octobre ; en décembre 1856 et janvier 1857, *plaques muqueuses* des lèvres et de la gorge ; croûtes du cuir chevelu ; adénopathie cervicale postérieure.

L... (Marie), 28 ans ; constitution très robuste.

Pas d'antécédent vénérien.

État actuel, 9 août : CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre droite, en voie de réparation, datant de trois à quatre semaines, au dire de la malade. — Adénopathie inguinale droite, multiple et indolente.

Accidents consécutifs : *Roséole ; plaques muqueuses* de la vulve et de l'anus ; angine ; érythème guttural ; alopécie ; adénopathie cervicale.

—

Obs. 59. — S..., 32 ans; sujet très robuste, sanguin.

Antécédents : Chancres simples, avec adénite suppurée en 1851. — Guérison au Midi (service de M. Ricord), sans traitement mercuriel. — Aucun accident consécutif.

Marié et n'ayant eu de rapports qu'avec sa femme, S... fut affecté de chancre en juin 1856.

État actuel, 17 juin : Chancre induré du prépuce, datant de dix jours. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, septembre et octobre : *Plaques muqueuses* de la luette et des piliers. — Adénopathie cervicale postérieure ; alopécie.

S... (Marie), 26 ans ; lymphatique ; femme du malade précédent. — Pas d'antécédents vénériens.

État actuel, 19 juin : Chancre induré de la vulve, datant de trois à quatre semaines. — Adénopathie inguinale spécifique. — Trait. mercuriel.

Accidents consécutifs, fin d'août : *Plaques muqueuses* vulvaires. — Céphalée.

—

Obs. 60. — G... (Annette), âgée de 20 ans. Lymphatique.

Antécédents : Vaginite et ulcération du col en avril 1856.

Chancres contractés dans la dernière quinzaine d'octobre. — Aucun traitement.

État actuel, 2 décembre (Lourcine) : Chancre induré de la grande lèvre gauche, en voie de réparation. — Adénopathie inguinale gauche spécifique. — Chancre de la gencive, *à base cartilagineuse* (rapports *ab ore* avoués par la malade). — Engorgement dur et indolent des ganglions situés à la partie antérieure du sterno-mastoïdien, et spécialement de celui qui se trouve immédiatement derrière l'angle de la mâchoire. — Le chancre buccal remonterait exactement à la même époque que le chancre de la vulve, d'après le dire de la malade.

Roséole papuleuse lenticulaire, de teinte cuivrée. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure (1).

T..., 19 ans. Sujet débile, lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

Ce jeune homme eut des rapports avec la fille G... (Annette) dans la première quinzaine de novembre. (Coït antérieur remontant à plusieurs

(1) Résumé d'une très longue et très intéressante observation, encore inédite, de mon collègue et ami V. Poisson, interne de Lourcine.

mois ; pas de coït consécutif.) — Chancres actuels datant du 10 au 15 novembre.

État actuel, 5 décembre : Double CHANCRE INDURÉ de la rainure. — Pléiades inguinales bien caractérisées. — Traitement mercuriel.

Janvier 1857 : Roséole érythémateuse. — Adénopathie cervicale postérieure; quelques croûtes du cuir chevelu.

—

OBS. 61. — B..., 21 ans; sujet robuste.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855.

Chancre actuel datant des premiers jours de décembre. A cette époque, ce jeune homme vivait avec la fille G... (Denise), sans avoir eu de rapports avec d'autres femmes depuis trois mois.

État actuel, 23 décembre : Double CHANCRE INDURÉ de la rainure glando-préputiale (induration ligneuse). Pléiades inguinales spécifiques. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, janvier 1857 : *Roséole.* — Douleurs nocturnes dans les membres. Croûtes du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale.

G... (Denise), 20 ans ; lymphatique.

Pas d'antécédent vénérien. Chancre actuel datant de novembre.

Examinée à Lourcine, dans le courant de décembre par mon collègue V. Poisson, cette fille présenta les symptômes suivants :

CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre droite. — Adénopathie inguinale droite spécifique. — *Plaques muqueuses* de la vulve. — Adénopathie cervicale.

—

OBS. 62. — V..., 41 ans. Sujet très robuste.

Pas d'antécédent vénérien.

Marié depuis plusieurs années, il n'a jamais eu de rapports qu'avec sa femme qui tient, dit-il, la maladie d'un nourrisson.

État actuel, 25 janvier : CHANCRE PARCHEMINÉ type du fourreau. — Pléiades inguinales spécifiques.

Traitement mercuriel, très irrégulièrement suivi par le malade.

Accidents consécutifs : *Roséole, plaques muqueuses* labiales et amygdaliennes ; *iritis.* — Céphalée nocturne. — Alopécie ; croûtes impétigineuses du cuir chevelu ; adénopathie cervicale postérieure.

La femme de ce malade (31 ans ; constitution robuste) nie toute infidélité à son mari ; elle prétend qu'elle a été infectée par un nourrisson (1).

(1) Je n'ai pu obtenir d'aveu ni de cette femme ni de son mari. Tous deux

— Aucune lésion sur les seins; pas d'adénopathie axillaire. — Elle ne consent qu'à grand'peine à un examen (28 janvier), qui me permet de constater :

Un CHANCRE INDURÉ type à la vulve, siégeant dans le sillon qui sépare les deux lèvres, côté gauche ; — une adénopathie inguinale gauche, à ganglions multiples, durs et indolents.

Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole, plaques muqueuses* labiales et amygdaliennes ; *alopécie* des plus intenses; crâne presque entièrement dénudé ; adénopathie cervicale postérieure; *papules muqueuses* anales ; — nouvelles plaques amygdaliennes, angine.

—

OBS. 63. — J..., 29 ans; sujet très robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille M... dans la première quinzaine de décembre 1855. (Coït antérieur remontant à plusieurs mois ; pas de coït consécutif.) — Chancre développé vers le 15 décembre. — Nul traitement.

CHANCRE INDURÉ, constaté par M. Puche, à la consultation du Midi. — Pléiades inguinales spécifiques. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En mars, *roséole.*

En juillet, *syphilide herpétiforme,* remarquablement cerclée. — Adénopathie cervicale. — Alopécie.

En octobre et novembre, *plaques muqueuses* labiales, linguales et amygdaliennes.

Je ne vis la fille M... qu'en mars 1856. Elle présentait une CICATRICE INDURÉE, chondroïde, sur la grande lèvre gauche; cette cicatrice avait succédé à une ulcération dont la malade rapportait l'origine à trois mois et demi. — De plus, adénopathie inguinale à ganglions multiples, indolents, peu développés. — *Plaques muqueuses* vulvaires ; *syphilide érythémateuse,* passant à l'état papuleux.

—

OBS. 64. — H..., 24 ans. Sujet très robuste, sanguin.

Antécédents : Plusieurs blennorrhagies, la dernière en 1855, sans accident.

Ce jeune homme vivait depuis trois mois et demi avec la fille C...,

persistèrent dans une négation complète. Cette fraude grossière leur avait servi, d'après quelques renseignements qni nous parvinrent indirectement, à extorquer d'assez fortes sommes des parents du nourrisson accusé d'avoir transmis le germe de la maladie. A. F.

sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté de chancres dans les derniers jours d'août.

État actuel, 5 novembre : CHANCRE INDURÉ du méat urinaire (période d'augment ; induration véritablement ligneuse). — Lymphangite dorsale indurée. — Adénopathie inguinale spécifique, déjà bien caractérisée.

Inoculation négative avec le pus du chancre.

Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole* érythémateuse. — Croûtes du cuir chevelu ; adénopathie cervicale. — *Plaques muqueuses* gutturales et labiales ; angine.

Je visitai le 8 septembre la fille C... (22 ans, constitution faible, tempérament lymphatique. Pas d'antécédent vénérien.) — Je constatai sur elle un large *chancre du col utérin.* — Les ganglions des deux aines étaient engorgés, durs, légèrement douloureux, *quoique la vulve fût très saine.* — Je ne pus par le toucher constater d'une façon suffisante l'état de la base du chancre utérin, et je différai le traitement.

5 octobre : *Roséole* érythémateuse. — Traitement mercuriel.

Novembre : angine et *plaques muqueuses* gutturales ; *plaques muqueuses* de la vulve.

—

OBS. 65. — M..., 32 ans. Robuste et sanguin. — Pas d'antécédent vénérien.

Ce malade vivait avec la fille B... depuis quatre mois, sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté de chancres vers le 15 juillet. — M. Ricord le vit à cette époque, et ordonna le traitement mercuriel.

État actuel, 28 août : Trois CHANCRES INDURÉS du prépuce et de la rainure, avec double adénopathie inguinale, à ganglions multiples, durs et indolents.

Forcé d'interrompre à plusieurs reprises le traitement mercuriel, M... éprouva, dans les mois suivants, des accidents constitutionnels, à savoir : En septembre, *roséole ;* en octobre et novembre, *plaques muqueuses* gutturales, labiales, linguales, etc...

Je visitai le 28 août la fille B..., de qui le malade précédent tenait la contagion. — Cette fille, âgée de 20 ans, lymphatique, n'avait jamais été atteinte d'aucune affection vénérienne. — Dans les premiers jours de juillet, elle portait à la vulve plusieurs boutons pour lesquels elle alla consulter un médecin de Lourcine, qui prescrivit un traitement mercuriel. Ce traitement ne fut pas suivi.

Jè constate, le 28 août, l'existence d'un CHANCRE INDURÉ, en voie de de réparation très avancée, siégeant sur la grande lèvre droite : de plus je retrouve, sur les grandes lèvres, deux cicatrices encore récentes, *à base extrêmement dure.* — Pléiades inguinales bien caractérisées. — *Plaques muqueuses* de la vulve, naissantes. *Plaques muqueuses* de l'anus.

En octobre, angine; plaques opalines du gosier et de la langue.

—

OBS. 66. — C..., 18 ans. Lymphatique.

Pas d'antécédent vénérien.

Ce jeune homme vivait depuis deux mois avec la fille J... (Émilie), sans avoir de rapports avec d'autre femme, lorsqu'il fut affecté de chancres dans les derniers jours de juin. — Traitement mercuriel prescrit dès le début à la consultation du Midi.

Le malade n'entre à l'hôpital que le 1er août. — État actuel : CHANCRE INDURÉ du frein (période de réparation); CHANCRE PARCHEMINÉ du fourreau, à forme ecthymateuse. — Pléiades inguinales, à ganglions durs et indolents.

Accidents consécutifs : En décembre, *syphilide ecthymateuse.*— Adénopathie cervicale. — Alopécie.

J... (Émilie), 17 ans. Lymphatique.

Premier accident vénérien. — En juin 1856, apparition de plusieurs boutons sur la face interne des grandes lèvres; ces boutons étaient très durs, au dire de la malade. — Aucun traitement.

État actuel, 24 juillet : Deux CHANCRES *franchement* INDURÉS en voie de réparation sur les grandes lèvres; autre chancre sur les petites lèvres, présentant une *induration parcheminée* des plus nettes. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure et indolente.

Accidents consécutifs, septembre : *Roséole; plaques muqueuses gutturales.* — Adénopathie cervicale.

—

OBS. 67. — L..., 23 ans. Sujet lymphatique. — Constitution médiocre.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855.

Ce jeune homme vivait avec la fille D... (Marie) depuis plusieurs mois, sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté d'un chancre dans les derniers jours de mai. — Pas de traitement.

État actuel, 8 juillet : CHANCRE PARCHEMINÉ du fourreau, à tendance phagédénique. — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions multiples, durs et indolents. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, 14 juillet : *Syphilide érythémateuse.*

8 août. La syphilide prend le caractère *papuleux;* adénopathie cervicale postérieure; douleurs rhumatoïdes.

13 septembre. *Plaques muqueuses* buccales.

D... (Marie), 22 ans. Lymphatique.

Première affection vénérienne.

État actuel, 27 mai : CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre droite ; ganglions indurés et indolents dans l'aine du côté correspondant. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, août : Plaques muqueuses de la vulve ; adénopathie cervicale ; alopécie.

—

OBS. 68. — D..., 20 ans. Constitution médiocre ; tempérament lymphatique.

Antécédents : blennorrhagie simple, en janvier 1856.

Ce jeune homme vivait avec la fille B... (Adélaïde) depuis six semaines, sans avoir eu de rapports avec d'autre femme, lorsqu'il fut affecté de chancres, vers le 12 octobre.

Pour traitement, cérat opiacé.

État actuel, 29 octobre : Deux CHANCRES INDURÉS de la rainure. — Pléiades inguinales spécifiques. — Traitement mercuriel.

Décembre : *Roséole ;* adénopathie cervicale postérieure.

B... (Adélaïde), 20 ans. Lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 25 octobre : CHANCRE PARCHEMINÉ de la grande lèvre gauche, datant de quinze à vingt jours, au dire de la malade. — Adénopathie inguinale gauche, à ganglions durs, multiples et indolents. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, novembre : *Roséole;* angine érythémateuse ; courbature ; adénopathie cervicale et mastoïdienne.

Décembre : *Plaques muqueuses* amygdaliennes.

—

OBS. 69. — L..., 25 ans. Constitution robuste.

Antécédents : blennorrhagie en 1853.

Ce jeune homme vivait avec la fille F... depuis huit mois, sans avoir de rapports avec d'autres femmes, lorsqu'il fut affecté d'un chancre en juillet 1856.

État actuel, 8 juillet : CHANCRE INDURÉ du prépuce. — Adénopathie bi-inguinale spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, novembre : *Roséole papuleuse.*

Décembre : *Syphilide ecthymateuse* des membres inférieurs.

F... (Cécile), 19 ans, Chlorotique.

Premier accident vénérien.

État actuel, 16 juillet : CHANCRE INDURÉ de la grande lèvre gauche, datant de trois à quatre semaines. — Adénopathie inguinale spécifique, bien caractérisée.

Accidents consécutifs, août : *Roséole.*

Octobre : *Syphilide polymorphe,* papuleuse sur l'abdomen, pustuleuse sur les membres inférieurs.

—

OBS. 70. — L..., 24 ans. Constitution moyenne ; tempérament lymphatique.

Antécédents : Blennorrhagie en 1849.

CHANCRE INDURÉ contracté en janvier 1856; pléiades inguinales spécifiques.

Accidents consécutifs : En mars, *roséole;* angine ; céphalée ; éruption croûteuse du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale.

En juin : *Plaques muqueuses* anales.

En juillet : Rétraction du biceps ; — plaques muqueuses buccales et amygdaliennes.

En septembre : *Psoriasis plantaire et palmaire.*

L... tenait ce chancre d'une fille publique ; il le transmit à sa maîtresse, sur laquelle j'ai suivi dès le début le développement de la maladie. (Cette malade affirmait, de la façon la plus formelle, qu'elle n'avait eu de rapports qu'avec son amant depuis deux années.)

Janvier 1856 : CHANCRE PARCHEMINÉ de la grande lèvre gauche ; adénopathie inguinale gauche spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : En juin, *syphilide papuleuse* discrète ; éruption croûteuse du cuir chevelu ; — adénopathie cervicale.

En août : Récidive de la *syphilide papuleuse,* qui, cette fois, prend une forme confluente ; *syphilide papulo-squameuse* de la face ; *papules muqueuses* anales. — Angine.

En octobre, *plaques muqueuses* gutturales. — Iritis.

—

OBS. 71*. — V... (Denise), 19 ans. Constitution très forte.— Tempérament sanguin. — Entrée à Saint-Lazare le 4 septembre.

Aucun antécédent vénérien.

État actuel, 4 septembre : CHANCRE INDURÉ des caroncules, en voie

de cicatrisation. Au dire de la malade, l'origine de ce chancre daterait de plusieurs semaines. — Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente.

Accidents consécutifs, 19 septembre : *Papules muqueuses* des lèvres et de la gorge.

30 septembre. Adénopathie cervicale; alopécie.

M..., 27 ans. Constitution athlétique. — Tempérament sanguin.

Aucun antécédent vénérien.

Rapports dans le courant du mois d'août (du 10 au 15) avec la fille V... (Denise). (Coït antérieur remontant à cinq semaines environ). — Développement de deux chancres sur la verge, à quelques jours d'intervalle du dernier coït.

État actuel, 5 septembre : Deux CHANCRES INDURÉS, l'un sur le frein, l'autre sur le prépuce. — Adénopathie bi-inguinale, à ganglions multiples et indolents. — Lymphangite dorsale indurée.

Accidents consécutifs, 30 septembre : *Roséole* érythémateuse.

5 décembre. *Plaques muqueuses* gutturales, confluentes; angine. — Balano-posthite secondaire. — Adénopathie bi-cervicale postérieure; croûtes du cuir chevelu.

Mai 1857. *Papules muqueuses de l'anus.*

—

OBS. 72. — J..., 20 ans. Constitution robuste. — Pas d'antécédent vénérien.

Chancre contracté en février 1856, avec une fille publique, traité par M. Ricord pour un CHANCRE INDURÉ. — Adénopathie inguinale spécifique.

Dans les mois suivants, *syphilide polymorphe*, papulo-pustuleuse; psoriasis palmaire et plantaire; *plaques muqueuses* gutturales; ganglions cervicaux.

Ce jeune homme s'abstint en février de tout rapport avec sa maîtresse habituelle, mais en mars, il lui communiqua un chancre siégeant sur la lèvre inférieure, ligne médiane. (Rapports *ab ore* avoués par l'un et l'autre malade.) — Ce chancre S'INDURA; survint un bubon sous-maxillaire dur et indolent; puis, malgré le traitement mercuriel, éclatèrent quelques mois après des accidents constitutionnels : *syphilide polymorphe*, impétigineuse sur la face, ecthymateuse sur les bras; syphilide palmaire; *plaques muqueuses* de la gorge et du voile du palais; alopécie; adénopathie cervicale.

(Comm. par M. le docteur CALVO.)

—

Obs. 73. — Une jeune femme, vierge jusqu'alors de tout antécédent vénérien, portait deux CHANCRES INDURÉS des commissures labiales, et de plus une double adénopathie sous-maxillaire indolente. — L'individu, de qui elle tenait cette contagion, était affecté d'un CHANCRE INDURÉ type de la verge, avec pléiades inguinales spécifiques.

(La honteuse origine de cette contagion était avouée de part et d'autre.)

Des accidents non équivoques de vérole constitutionnelle se déclarè- sur ces deux malades (roséole; alopécie; ganglions cervicaux sur les deux malades; papules muqueuses sur la femme).

(Comm. par M. le docteur Morpain.)

—

Obs. 74. — (V. page 119.)

—

Obs. 75. — (V. page 98.)

—

Obs. 76. — Une jeune femme entre à Lourcine, ne présentant qu'une *vaginite* simple. — Deux mois environ après son admission, se manifeste tout à coup une *roséole* spécifique. Très surpris, M. Cullerier examine de nouveau la vulve avec le plus grand soin, et ne trouve pas de trace de chancre; dans les régions inguinales, pas le moindre ganglion accusateur. — Une investigation minutieuse montre comme origine de l'infection un CHANCRE INDURÉ DU DOIGT MÉDIUS, accompagné d'une adénopathie axillaire, à ganglions durs et indolents.

Cette malade avoua qu'elle tenait la contagion de sa voisine d'hôpital, laquelle portait à la vulve un CHANCRE INDURÉ, origine d'une syphilis constitutionnelle des mieux accusées.

(Comm. par M. Cullerier.)

—

Obs. 77. — Une jeune femme était traitée par M. Ricord pour un CHANCRE INDURÉ de la vulve. — Privée de son amant qu'elle avait rendu malade, elle fit servir à ses plaisirs une fille de 16 ans, encore vierge. Cette dernière contracta un CHANCRE DU DOIGT MÉDIUS, lequel reposait sur une base extrêmement dure, et s'accompagnait d'un bubon axillaire à ganglions durs et indolents.

Chez ces deux femmes, les accidents constitutionnels éclatèrent presque simultanément : *roséole; plaques muqueuses* vulvaires chez l'une, gutturales chez l'autre; adénopathie cervicale.

(Comm. par M. Ricord.)

[Les faits qui vont suivre n'offrant aucune particularité qui n'ait été signalée dans les observations précédentes, j'ai cru pouvoir les présenter sous une forme sommaire. J'ajouterai seulement que les conditions relatives à la filiation des accidents y ont été aussi scrupuleusement observées que dans les exemples cités jusqu'ici.]

Accidents constatés sur le malade infecté.	*Accidents constatés sur la femme qui a transmis la contagion.*
Obs. 78. — Chancre induré du gland. — Pléiades inguinales.	Chancre induré de la vulve. — Adénopathie inguinale multiple, dure, indolente.
Roséole. — Plaques muqueuses de la lèvre. — Psoriasis cerclé du front, des aisselles et des coudes. — Plaques muqueuses labiales et linguales. — Adénopathie cervicale postérieure, sus-hyoïdienne et sous-maxillaire.	Roséole. — Plaques muqueuses de la vulve et des amygdales. — Adénopathie cervicale postérieure.
Obs. 79. — Chancre induré. — Adénopathie bi-inguin. spécifique.	Chancre induré. — Adénopathie inguinale spécifique.
Roséole.	Plaques muqueuses. — Alopécie.
Obs. 80. — Chancre induré du méat ; chancre parcheminé du prépuce. — Pléiades inguinales très accusées.	Chancre induré de la grande lèvre gauche. — Ganglions multiples et indolents dans l'aine gauche.
Roséole. — Alopécie. — Adénopathie mastoïdienne.	Roséole érythémateuse ; plaques muqueuses de la vulve ; angine, ulcérations des amygdales ; céphalée nocturne. — Adénopathie cervicale droite (1).
Obs. 81*. — Chancre induré du	Chancre induré de la grande lè-

(1) La femme qui fait le sujet de cette observation tenait la contagion d'un soldat qui fut traité au Val-de-Grâce pour un chancre et des accidents constitutionnels. Mais je n'ai pu obtenir sur ce dernier malade de renseignements complets et satisfaisants.

frein. — Adénopathie inguinale multiple et indolente.

Courbature; céphalée nocturne. Roséole. — Plaques muqueuses de la gorge et de la langue. — Ganglions cervicaux.

vre gauche. — Adénopathie inguinale gauche, spécifique.

Plaques muqueuses du voile du palais, des amygdales, de la langue. — Alopécie; ganglions cervicaux.

—

Obs. 82*. — Chancre induré du prépuce. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente.

Syphilide pustulo-crustacée; ulcérations scrotales; syphilide polymorphe, impétigineuse sur le front et le cuir chevelu, papulo-squameuse sur les bras, ecthymateuse sur les jambes. — Adénopathie cervicale et mastoïdienne.

Chancres indurés de la vulve. — Adénopathie bi-inguinale, multiple, dure, indolente.

Plaques muqueuses confluentes de l'anus, des grandes et des petites lèvres. — Corona Veneris. — Ganglions mastoïdiens.

—

Obs. 83*. — Chancre induré de la rainure; chancre induré du gland. — Pléiades inguinales spécifiques.

Roséole. — Plaques muqueuses anales. Ganglions cervicaux.

Chancre induré de la vulve. — Adénopathie inguinale spécifique.

Roséole. — Plaques muqueuses vulvaires. — Rhagades de l'anus.

—

Obs. 84. — (*Premier malade infecté.*) — Chancre induré de la rainure; pléiades inguinales très accusées.

Roséole. — Plaques muqueuses scrotales. — Alopécie; éruption croûteuse du cuir chevelu; adénopathie cervicale postérieure.

(*Deuxième sujet infecté.*) Chancre parcheminé du prépuce, à gauche. — Adénopathie inguinale gauche, spécifique.

Roséole. — Ganglions cervicaux.

Chancre induré de la vulve. — Adénopathie inguinale à ganglions multiples et indolents.

Roséole. — Plaques muqueuses vulvaires. — Ganglions cervicaux.

—

Obs. 85. — Chancre *urétral* in-

Chancres indurés de la vulve. —

duré. (Induration ligneuse.)—Adénopathie bi-inguinale multiple, dure et indolente.

Roséole.— Alopécie. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Ganglions cervicaux.

Pléiades inguinales.

Roséole. — Syphilide papulo-squameuse. Ganglions cervicaux.

—

Obs. 86.— Chancre induré de la rainure; adénopathie inguinale indolente, à tendance strumeuse.

Roséole. — Éruption croûteuse du cuir chevelu. — Ganglions cervicaux. — Alopécie; céphalée.

Chancre induré de la grande lèvre gauche. — Adénopathie inguinale gauche, spécifique.

Plaques muqueuses anales et vulvaires. — Alopécie; adénopathie cervicale postérieure.

—

Obs. 87. — Double chancre induré du prépuce.—Pléiades inguinales spécifiques.

Syphilide polymorphe, papulo-squameuse sur les bras, squameuse sur la face. —Érythème guttural; angine; plaques muqueuses labiales. — Alopécie considérable; sur le crâne quelques endroits complétement dénudés.— Adénopathie cervicale postérieure.

Chancre induré de la vulve. — Adénopathie inguinale droite, faiblement accusée.

Plaques muqueuses vulvaires; ulcérations du col. — Alopécie. — Syphilide ecthymateuse.

—

Obs. 88. — Double chancre parcheminé du prépuce. — Pléiades inguinales.

Roséole; adénopathie cervicale et mastoïdienne. — Plaques muqueuses du scrotum, des lèvres et des amygdales. — Alopécie.

Chancre induré de la fourchette. — Adénopathie inguinale faiblement accusée.

Roséole. — Plaques muqueuses vulvaires. Alopécie. — Ganglions cervicaux.

—

Obs. 89. — Chancre induré du prépuce. — Pléiades inguinales.

Roséole; adénopathie cervicale; éruption croûteuse du cuir chevelu; alopécie; érythème guttural.

Deux chancres indurés très étendus sur les grandes lèvres. Pléiades inguinales.

Roséole; — érythème guttural; croûtes du cuir chevelu.

(Comm. par M. Ricord.)

Obs. 90. — Chancre induré de la rainure. (Indur. énorme, ligneuse.) — Pléiades inguinales.	Chancre parcheminé de la face interne de la petite lèvre droite et de l'entrée du vagin. (Induration extrêmement légère, à peine sensible.) — Un ganglion dur et indolent dans l'aine droite.
Roséole.	Roséole. — Plaques muqueuses vulvaires et anales.
Obs. 91. — Chancre induré du prépuce. — Pléiades inguinales.	Chancre parcheminé de la vulve. — Adénopathie inguinale.
Plaques muqueuses gutturales. — Balano-posthite secondaire.	Plaques muqueuses vulvaires. — Adénopathie cervicale postérieure.
Obs. 92. — Chancre parcheminé du fourreau; chancre induré de la rainure. — Pléiades inguinales.	Chancre induré de la fourchette. — Pléiades inguinales.
Roséole.	Roséole.
Obs. 93. — Chancre induré du gland. — Lymphangite dorsale indurée. Adénopathie inguinale spécifique.	Chancre induré de la grande lèvre gauche; chancre parcheminé de la petite lèvre droite. — Adénopathie bi-inguinale.
Plaques muqueuses labiales et gutturales.	Syphilide érythémateuse.
Obs. 94. — Chancres indurés de la rainure glando-préputiale. — Pléiades inguinales.	Chancre induré de la fourchette; chancre du col utérin. — Adénopathie inguinale spécifique.
Syphilide papuleuse. — Plaques muqueuses. — Alopécie; croûtes du cuir chevelu. — Adénopathie cervicale postérieure.	Syphilide érythémato-papuleuse. — Papules muqueuses anales et vulvaires.

II

OBS. 95. — SIX INDIVIDUS CONTAGIONNÉS PAR LA MÊME FEMME ; MÊME FORME D'ACCIDENT PRIMITIF ET INFECTION CONSTITUTIONNELLE CHEZ CES DIFFÉRENTS SUJETS. — (V. page 188.)

—

OBS. 96. — Deux malades du Midi tenaient la contagion d'une même femme (Eugénie D...) que je n'eus pas l'occasion de visiter immédiatement, mais sur laquelle mon collègue V. Poisson reconnut plus tard des accidents de syphilis constitutionnelle (syphilide papuleuse, plaques muqueuses de la vulve et des amygdales ; croûtes du cuir chevelu, alopécie ; adénopathie cervicale et mastoïdienne).

Voici les accidents que nous constatâmes sur ces deux malades.

D... (Lucien), 19 ans. Sujet débile, lymphatique.

Antécédents : Trois ou quatre blennorrhagies antérieures, la dernière en février 1856. — Nul accident consécutif.

Rapports avec la fille Eugénie D... dans le courant de septembre. *(Coït antérieur remontant à sept semaines. Pas de coït consécutif.)* Chancres reconnus à quelques jours d'intervalle. — Nul traitement.

État actuel 25 septembre : Trois CHANCRES INDURÉS de la rainure glando-préputiale. — Adénopathie bi-inguinale spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole ; — plaques muqueuses* buccales ; adénopathie cervicale postérieure.

M... (Alexandre), 21 ans. — Constitution moyenne.

Pas d'antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Eugénie D... dans les derniers jours de septembre. (*Coït antérieur de quatre semaines. Pas de coït consécutif*). — Chancre reconnu dès le 1er octobre. — Traitement mercuriel prescrit par M. Clerc, puis continué à la consultation du Midi par M. Cullerier.

État actuel, 26 octobre : CHANCRE INDURÉ de la rainure. Induration énorme, ligneuse. — Adénopathie bi-inguinale, très caractérisée.

Accidents consécutifs : *Roséole ; céphalée* violente ; alopécie ; adénopathie cervicale ; — janvier 1857, *plaques muqueuses* buccales.

—

OBS. 97. — Deux malades du Midi, tenant l'infection de la même femme, présentèrent les symptômes suivants :

C... (Louis), 28 ans, assez robuste, sans antécédent vénérien.

Rapports avec la fille Zélie R... pendant le mois de décembre. (Pas de rapports avec d'autres femmes depuis juillet.) — Chancres développés vers la fin d'octobre, quelques jours après le dernier coït.

Pour traitement, pansement à l'eau blanche et quelques pilules.

État actuel, 17 novembre : Trois CHANCRES PARCHEMINÉS du gland (ulcérations très superficielles); trois CHANCRES INDURÉS de la rainure glando-préputiale (induration très étendue). — Pléiades inguinales; lymphangite dorsale de la verge. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Roséole; syphilide papulo-squameuse* des bras; adénopathie cervicale postérieure.

N... (Jacques), 21 ans. — Sujet robuste.

Antécédents : Plusieurs ulcérations sur la verge en 1852. — Pas de traitement; nul accident consécutif.

Rapports dans la dernière semaine d'octobre avec la fille Zélie R... (Coït antérieur remontant à plusieurs mois; pas de coït consécutif.) — Chancres développés dès les premiers jours de novembre.

État actuel, en décembre : Quatre CHANCRES INDURÉS du prépuce. — Pléiades inguinales. — Traitement mercuriel, très mal observé par le malade.

Accidents consécutifs : *Syphilide papuleuse;* alopécie; adénopathie cervicale postérieure.

—

OBS. 98. — Deux amis eurent commerce avec la même femme à trois jours d'intervalle (du 10 au 13 septembre).

L'un d'eux, âgé de 27 ans, robuste et sanguin, sans antécédent vénérien, n'avait pas eu de rapports avec d'autre femme depuis trois mois; il contracta un CHANCRE INDURÉ, accompagné de pléiades inguinales et suivi d'accidents constitutionnels : *roséole*, *plaques muqueuses* confluentes des lèvres, de la langue, des amygdales, du voile du palais, du scrotum, etc.; — alopécie presque complète; adénopathie cervicale postérieure. — Récidive des plaques muqueuses buccales, linguales et scrotales. — *Syphilide ecthymateuse.*

L'autre, âgé de 25 ans, lymphatique, également vierge de tout accident vénérien, et n'ayant pas vu de femme depuis sept semaines, contracta à la même époque deux CHANCRES INDURÉS, avec pléiades inguinales. — Le traitement mercuriel fut mieux observé par lui que par son camarade; aussi les accidents furent-ils plus discrets : roséole

érythémateuse ; quelques croûtes du cuir chevelu ; adénopathie cervicale postérieure ; angine.

—

Obs. 99. — Deux amis eurent commerce avec la même fille à quelques jours d'intervalle.

L'un d'eux, D... (Émile), 20 ans, sujet lymphatique, vivait avec cette fille depuis trois semaines, sans avoir eu de rapports avec d'autre femme depuis deux mois. — Aucun antécédent vénérien.

Apparition d'un chancre sur la verge dans les premiers jours d'octobre. — Nul traitement.

État actuel, 11 novembre : Chancre induré du prépuce. — Adénopathie bi-inguinale spécifique. — *Roséole* au début.

Le second (16 ans, lymphatique, sans antécédent vénérien), n'avait pas vu de femme depuis six semaines, lorsqu'il eut des rapports avec la maîtresse de son ami (fin de septembre).

Apparition presque immédiate d'un chancre sur le fourreau. Pas de traitement.

État actuel, 14 octobre : Chancre parcheminé du fourreau ; — adénopathie bi-inguinale spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs : *Syphilide papuleuse* du tronc ; *syphilide squammeuse* des bras. — Adénopathie bi-cervicale postérieure ; alopécie.

—

Obs. 100. — Triple contagion de chancres indurés. — (V. p. 94.)

—

Obs. 101. — C..., 34 ans. Sujet affaibli, tuberculeux,

Antécédents : Blennorrhagie en 1854.

Cet homme vivait depuis cinq à six semaines avec la fille Fl..., sans avoir de rapports avec d'autre femme, lorsqu'il fut affecté d'un chancre dans les premiers jours de septembre. — Pas de traitement.

État actuel, 14 octobre : Chancre induré du frein, à tendance phagédénique. — Pléiades inguinales très caractérisées. — Pansement à la solution ferrée. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, en décembre : *Roséole ;* — en janvier et mars 1857, *plaques muqueuses* de la bouche ; balano-posthite secondaire. — Adénopathie cervicale. — Angine.

P..., 23 ans, sujet très robuste.

Antécédents : Six blennorrhagies, la dernière en 1855. — Nul accident consécutif.

Rapports en septembre avec la fille Fl... (Coït antérieur remontant à trois mois.) — Chancre reconnu quelques jours après le dernier coït; cautérisations; pas de traitement interne.

État actuel, 14 novembre : CHANCRE INDURÉ du prépuce, en voie de réparation. — Pléiades inguinales. — *Roséole.* — Adénopathie cervicale.

—

OBS. 102. — La fille R... communiqua, en décembre 1855, à deux de nos malades, des CHANCRES INDURÉS suivis d'infection constitutionnelle (1).

La même fille, en juillet 1856, communiqua de nouveaux chancres (CHANCRES SIMPLES) à l'un des malades précédents et à un autre sujet.

Je n'ai pu visiter cette fille ; j'ai su seulement que, dans les premiers mois de l'année 1856, elle avait été traitée à Lourcine pour des accidents de vérole confirmée. — Mais il n'est pas moins intéressant de suivre les résultats de ces deux contagions sur les sujets qui les subirent.

B... (Justin), 21 ans ; sujet scrofuleux et débilité.

Antécédents : Blennorrhagie en 1855, dégénérée en suintement habituel, encore persistant.

Ce jeune homme vivait avec la fille R... depuis six semaines, *sans avoir eu de rapports avec d'autre femme,* lorsqu'il fut affecté d'un chancre dans les derniers jours de décembre.

Ce chancre fut traité, à la consultation du Midi, pour un CHANCRE INDURÉ ; il s'accompagnait d'une double adénopathie inguinale, à ganglions durs, indolents et volumineux.

Le traitement fut irrégulièrement suivi par le malade, sur lequel nous vîmes se développer tour à tour les accidents suivants : *Roséole ;* céphalée ; angine érythémateuse ; alopécie ; adénopathie cervicale postérieure ; — *syphilide papuleuse* du tronc et des bras ; — *syphilide ecthymateuse* des jambes ; céphalée violente ; — *syphilide de forme rupiale* sur les malléoles et sur la partie inférieure des jambes.

G... (Jules), 24 ans ; constitution moyenne ; tempérament lymphatique.

Aucun antécédent vénérien.

(1) Un troisième sujet fut infecté par cette fille à la même époque. Je ne donne pas son observation parce que, quelque temps après avoir contracté ses chancres, il eut de nouveaux rapports avec une autre femme. — Il portait deux *chancres indurés* et présenta dans les mois suivants des symptômes de syphilis constitutionnelle (roséole, plaques muqueuses, etc.).

Rapports avec la fille R... dans l'avant-dernière semaine de décembre. (*Coït antérieur remontant à quatre semaines. Pas de coït consécutif.*)

Chancre développé vers la fin de décembre.

État actuel (janvier 1856) : CHANCRE INDURÉ de la rainure. Pléiade inguinale spécifique. — Traitement mercuriel.

Accidents consécutifs, en mars : *Roséole ;* plaques muqueuses buccales; alopécie; adénopathie cervicale postérieure.

Ce jeune homme, qui avait continué à vivre avec la fille R..., *sans avoir de rapports avec d'autre femme,* prit un nouveau chancre *en juillet.* — Ce chancre, siégeant sur le frein, présenta l'aspect et la forme d'un CHANCRE SIMPLE type; sa base resta molle, absolument dépourvue de toute rénitence.

En décembre, nouvelle manifestation de la diathèse préexistante; *papules muqueuses ;* ulcérations amygdaliennes.

A l'époque de cette seconde contagion (juillet 1856), un ami du malade précédent (B..., 23 ans, sujet robuste, sans antécédent vénérien) eut des rapports avec la même fille R... (*Coït antérieur remontant à deux mois et demi, pas de coït consécutif.*) — Plusieurs chancres développés à quelques jours d'intervalle. — Nul traitement.

État actuel (5 août) : Quatre CHANCRES SIMPLES, à *base molle,* de la rainure glando-préputiale et du prépuce. — *Adénite aiguë* de l'aine gauche.

Pansement au vin aromatique. — Cataplasmes.

Suppuration de l'adénite; la plaie inguinale prend le caractère chancreux ; décollement de la peau sur une grande étendue.

Suivi jusqu'en mars 1857. — Aucun accident de syphilis.

SIXIÈME GROUPE.

TRANSMISSION DU CHANCRE INDURÉ SUR LES SUJETS SYPHILITIQUES, SOUS FORME D'UN CHANCRE A BASE MOLLE, ANALOGUE D'ASPECT AU CHANCRE SIMPLE.

OBS. 103* et 104*. — (V. pages 171 et 172.)

A. FOURNIER.

NOTE XI.

—

QUELQUES RÉSULTATS STATISTIQUES SUR L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS.

La plupart des statistiques publiées dans ces dernières années sur l'évolution de la syphilis, présentent une remarquable concordance pour confirmer les lois formulées par M. Ricord.

Je reproduirai ici d'une façon comparative les résultats fournis par quelques-unes de ces études statistiques dues à MM. Mac-Carthy et Bassereau, élèves de l'école du Midi, et à M. le professeur Sigmund, de Vienne. — J'y joindrai quelques chiffres qui me sont personnels.

De ces statistiques, les deux premières ne sont relatives qu'aux syphilides. Celle de M. Sigmund, comme la nôtre, embrasse la généralité des phénomènes de la diathèse.

Je commencerai par celle de M. Mac-Carthy (1), la plus ancienne.

ESPACE DE TEMPS ÉCOULÉ ENTRE L'INFECTION PRIMITIVE ET L'APPARITION DES SYPHILIDES.

Formes.	Le plus faible intervalle a été de	Le plus long intervalle a été de	Moyenne.
Roséole.	2 semaines (2).	13 semaines.	7 semaines.
Papules.	6 semaines.	16 semaines.	10 semaines.
Plaques muqueuses.	4 semaines.	15 semaines.	7 semaines.
Vésicules (3 cas) . .	4 semaines.	5 semaines.	»
Pustules	11 semaines.	33 mois.	9 mois.
Tubercules.	5 mois.	18 ans.	10 ans.

(1) Thèses de Paris, 1844. — *Du diagnostic et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques.*

(2) Une apparition aussi précoce de la roséole (deux semaines) est considérée

« Nous trouvons ainsi d'une syphilide à l'autre, dit M. Mac-Carthy, une *progression graduellement croissante des plus superficielles aux plus profondes*...... Jamais nous n'avons vu une syphilide superficielle succéder à une syphilide plus profonde. La succession des symptômes est tellement régulière ; leur liaison est, dans la plupart des cas, tellement évidente, qu'une syphilide étant donnée, il est fréquemment possible d'assigner l'époque à laquelle eut lieu le chancre induré auquel elle doit son origine. »

II. Le même ordre de succession se retrouve dans la statistique suivante que j'extrais du livre de M. Bassereau.

	Époque d'apparition habituelle.	Époque la plus précoce.	Époque la plus tardive (1).
Roséole (érythème syphil.).	30 à 60 jours.	25e jour.	12e mois.
Syphilide papuleuse	20 à 90 jours.	25e jour.	12e mois.
Syphilide papuleuse humide	30 à 60 jours.	25e jour.	18e mois.
Syphilide vésiculeuse . . .	Précoce.	30e jour.	6e mois.
Syphilide pustuleuse. . . .	du 2e au 3e mois.	45e jour.	4 ans.
Syphilide tuberculeuse . .	Après plusieurs années.	11e mois.	40 ans.

III. La statistique de M. le professeur Sigmund comprend, comme je l'ai dit plus haut, l'ensemble des manifestations de la diathèse. Je la reproduis en l'abrégeant :

« Plus de *mille observations*, dit le savant professeur, me permettent d'établir la règle suivante : *Les accidents secondaires se montrent ordinairement vers la* SIXIÈME SEMAINE *qui suit l'infection, très rarement plus tard que la douzième*. Si donc, entre la

par l'auteur même de la thèse citée, comme un fait extrêmement rare, *complétement exceptionnel*. Je suis autorisé par M. Mac-Carthy à dire que le chiffre consigné dans cette statistique provient d'observations dont l'on n'a tenu compte que par excès de rigueur, et qui, sévèrement discutées, auraient pu recevoir, au point de vue qui nous occupe actuellement, une interprétation très différente.

(1) Il faut tenir compte ici de l'influence du traitement mercuriel qui, comme l'on sait, *retarde* les accidents de la diathèse, lorsqu'il ne suffit pas à les prévenir.

sixième et la fin de la douzième semaine, il ne se montre aucun accident appartenant à la classe des symptômes dits secondaires, l'on peut regarder le malade comme à l'abri de toute manifestation ultérieure. Quelques rares exceptions ne sauraient renverser cette règle. »

Voici maintenant quelques chiffres empruntés à différentes publications de M. Sigmund sur l'évolution de la diathèse (1) :

Accidents secondaires.

	Époque d'apparition la plus fréquente.	Époque d'apparition la plus précoce.	Époque d'apparition la plus tardive.
Taches syphil. (roséole).	8e semaine.	6e semaine.	12e semaine.
Papules, pustules et plaques	12e semaine.	3e semaine.	12e semaine.
Lésions secondaires de l'arrière-gorge	12e semaine.	7e semaine.	12e semaine.

Accidents tertiaires.

Ulcères de la peau . . .	22 mois.	17 mois.	20 ans.
Affections des ongles. .	48 mois.	37 mois.	22 ans.
Perforation ou destruction du voile du palais.	32 mois.	21 mois.	19 ans.
Tubercules du tissu cellulaire	59 mois.	43 mois.	40 ans.
Affections du périoste, des os et des cartilages	24 mois.	3 mois.	41 ans.

IV. J'achèverai ce parallèle, en reproduisant ici quelques résultats qui me sont personnels. La statistique suivante, dressée sous les yeux de M. Ricord, comprend l'ensemble des malades traités dans son service pendant le cours de l'année 1856 :

(1) *Wiener med. Wochenschr.*, 1856.—*Schmidt's Jahrbücher*, 1857, n° 3, etc.

Formes morbides.	Époque d'apparition la plus ordinaire. (En l'absence de toute médication préventive.)	Terme d'apparition le plus précoce.	Terme d'apparition le plus tardif. (Après intervention du traitement mercuriel.)
Roséole.	du 40e au 50e jour.	28e jour.	120e jour.
Syphilide papuleuse (2).	Fin du 2e mois.	42e jour.	
Papule muq. humide. .	3e mois.	45e jour.	28e mois (1).
Syphilide vésiculeuse, herpétiforme.	3e mois.	56e jour.	6e mois.
Syphil. pustuleuse, pustulo-crustacée, pustulo-ulcéreuse (2). . . .	du 3e au 10e mois.	70e jour.	4 ans.

(1) Cette apparition tardive n'a été observée que dans un seul cas et sur un malade qui avait eu plusieurs récidives du même accident. — A part ce cas exceptionnel, la papule muqueuse n'a pas été observée au delà du quinzième mois.

Je rappellerai à ce propos que l'on confond généralement sous la dénomination assez vague de *plaques muqueuses* une série d'accidents de forme très différente. — D'après M. Ricord, les mêmes lésions, qui se produisent sur la peau, se développent également sur les muqueuses et mériteraient les mêmes noms. Il y aurait donc des *syphilides muqueuses* correspondant aux syphilides cutanées, c'est-à-dire à formes érythémateuse, papuleuse, tuberculeuse, ulcéreuse, etc... Seulement, quelques-unes de ces formes seraient altérées par leur siége : c'est ainsi que la forme ulcéreuse remplacerait sur le tégument muqueux les formes pustuleuses et croûteuses du tégument cutané, etc.

J'ai souvent entendu M. Ricord protester contre la dénomination générique de *plaques muqueuses* qu'appliquent le plus grand nombre des praticiens à des lésions de caractère très différent siégeant sur le tégument muqueux, lésions qui, d'après notre maître, devraient être rattachés à des types variés correspondant aux formes ecthymateuses, pustuleuses, rupiales, etc..... des syphilides cutanées. — Ces distinctions ne seraient pas seulement indispensables, au point de vue doctrinal, pour établir une relation chronologique rigoureuse entre les diverses manifestations de la diathèse; elles auraient de plus leur utilité pratique par les indications qu'elles pourraient fournir au traitement.

(2) Une rigoureuse exactitude nécessiterait des subdivisions infinies dans le classement des formes si variées qu'affectent les syphilides. Ainsi, cette forme dite syphilide papuleuse ou papulo-squameuse com-

Formes morbides.	Époque d'apparition la plus ordinaire. (En l'absence de toute médication préventive.)	Terme d'apparition le plus précoce.	Terme d'apparition le plus tardif. (Après intervention du traitement mercuriel.)
Rupia..........	de 2 à 3 ans.	7 mois.	4 ans.
Iritis syphilitique....	du 5ᵉ au 11ᵉ mois.	66ᵉ jour.	13 mois.
Syphilide tuberculeuse de la peau ou des muqueuses.......	Plusieurs années après l'accident primitif.	4 ans 1/2.	18 ans.
Syphilide ulcéreuse profonde, à forme serpigineuse.......	très tardive.	5 ans.	20 ans.
Sarcocèle syphilitique..	du 6ᵉ au 15ᵉ mois.	6ᵉ mois.	34 mois.
Tumeurs gommeuses..	Plusieurs années.	4 ans.	13 ans.
Périostose.......	Premières années.	4 à 5 mois.	2 ans.
Exostose vraie.....	Plus tardive.	2 ans.	20 ans.
Ostéite, altération des cartilages......	Lésions très tardives.	2 ans.	8 ans.

L'on voit, sans commentaires, que les résultats précédents sont entièrement conformes aux lois formulées par M. Ricord sur l'évolution de la diathèse.

A. FOURNIER.

prend deux types assez différents, dont l'époque d'apparition est également différente : la syphilide papuleuse à petites papules coniques, assez précoce, et la syphilide à larges papules (psoriasis syphilitique), plus tardive. De même, il faudrait distinguer, dans les syphilides pustuleuses, les variétés suivantes : l'ecthyma superficiel (ecthyma plat de Ricord), qui accompagne très souvent les syphilides papuleuses ; l'ecthyma profond, qui paraît à une époque beaucoup plus avancée de la diathèse ; l'impétigo, l'acné, etc..... — J'ai pensé que ces distinctions seraient superflues dans une statistique où l'on se proposait seulement de montrer les lois les plus générales et les caractères les plus saillants de l'évolution de la syphilis.

NOTE XII.

—

ÉTUDE SUR LE CHLORATE DE POTASSE DANS LA STOMATITE MERCURIELLE. — LA MÉDICATION MERCURIELLE PEUT-ELLE ÊTRE CONTINUÉE DANS LE COURS D'UNE STOMATITE TRAITÉE PAR LE CHLORATE DE POTASSE? — QUELQUES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES A CE SUJET.

(Extrait de l'Union Médicale, nos 99, 100 et 101, août 1856.)

I

Des applications nombreuses qu'a reçues le chlorate de potasse, depuis l'époque où le docteur Herpin, de Genève, a rappelé l'attention sur ce médicament, il en est une qui paraît aujourd'hui bien confirmée par l'expérience : c'est l'emploi de cet agent dans le traitement de la stomatite mercurielle.

M. Herpin, de Genève, a le premier signalé l'heureuse influence exercée par le chlorate de potasse sur les accidents buccaux produits par les préparations hydrargyriques. La plupart des observateurs qui ont, après lui, expérimenté ce médicament dans les mêmes conditions, se sont également accordés à en reconnaître l'efficacité. M. Demarquay, dans une étude récente du plus haut intérêt, le considère comme un véritable *spécifique* de la salivation mercurielle, et déjà la presse médicale contient un grand nombre de faits qui ne peuvent laisser en doute la valeur d'un remède ainsi soumis au contrôle impartial des praticiens les plus éclairés.

Cependant, il faut le reconnaître, les observations publiées jusqu'à ce jour laissent un point d'appréciation difficile dans l'exposé des résultats fournis par le chlorate; et les conditions mêmes de l'expérimentation, telle qu'elle a été entreprise et dirigée jusqu'ici, sont insuffisantes à donner la mesure exacte de l'efficacité du remède.

Voici, en effet, ce que la plupart des observateurs se sont bornés à constater : Un malade, soumis aux préparations mercurielles, est affecté de stomatite. Immédiatement le mercure est suspendu ; puis l'on administre le chlorate; en quelques jours les accidents buccaux disparaissent et le malade est guéri. Là se borne l'expérimentation.

Or, il est de toute évidence qu'un double élément doit entrer ici en ligne de compte pour la guérison : d'une part, l'influence médicatrice du remède, influence véritablement incontestable; d'autre part, condition également importante, la soustraction du malade à l'influence pathogénique, par la suspension immédiate du traitement mercuriel.

Mais pour quelle proportion chacun de ces éléments entre-t-il dans le résultat obtenu ? Quelle part doit-on faire à la suspension simple du traitement, quelle part à l'agent anti-ptyalique ? Quelles sont les limites précises de chacune de ces influences ? C'est ce qu'ont négligé de rechercher ou tout au moins de nous apprendre les différents observateurs : c'est ce que nous ignorions avant les expériences plus rigoureuses de M. Ricord, expériences dont je viens rendre compte.

Sans doute, la suspension du traitement mercuriel, au début même d'une stomatite, ne suffit pas dans tous les cas à en arrêter le développement, ni même à la maintenir dans des proportions d'intensité moyenne; sans doute l'on trouverait des observations pour démontrer qu'une dose très minime de mercure, et même qu'une dose unique a pu produire des salivations violentes. Il faut donc accepter ce fait, qu'il est des stomatites sur lesquelles, une fois lancées, la cessation du traitement mercuriel n'exerce presque aucune influence pour en arrêter le développement. Mais ce sont là des faits exceptionnels, des raretés pathologiques. En revanche, l'expérience journalière apprend que, dans l'énorme majorité des cas, la suspension du mercure arrête l'explosion ou modère le développement de la stomatite. Cette condition seule suffit quelquefois à la guérison, et l'on sait qu'elle a déjà servi d'argument pour contester les effets thérapeutiques du chlorate.

Je le répète, dans les observations publiées jusqu'à ce jour, l'on n'a jamais fait que juger d'ensemble et en bloc des résultats com-

plexes, dépendant d'une double cause. Je ne vois point que l'on ait encore cherché à séparer les influences combinées que doivent exercer sur les phénomènes morbides la suppression de l'agent provocateur et l'intervention du correctif, non plus qu'à apprécier isolément chacune d'elles.

C'est à distinguer ces deux éléments que s'est attaché M. Ricord, pour connaitre la mesure exacte de l'action thérapeutique du chlorate dans la stomatite mercurielle.

Le problème se trouvait posé dans ces termes : Quelle efficacité possède le chlorate de potasse sur les accidents de la salivation hydrargyrique, indépendamment de l'influence que peut exercer sur ces accidents la suppression de la médication mercurielle ?

Voici sur quelle base l'expérimentation fut instituée par M. Ricord :

Un malade soumis à une certaine dose d'une préparation mercurielle (proto-iodure) venait à présenter des symptômes de stomatite : le chlorate était immédiatement administré; mais simultanément le mercure était continué à la dose productrice des accidents buccaux. — De la sorte, le malade restant incessamment maintenu sous l'influence hydrargyrique, le chlorate se trouvait appelé à combattre une cause d'excitation permanente. Dès lors, le résultat obtenu n'était plus que l'effet d'une action unique qui devait être attribuée tout entière au médicament.

Je puis le dire par avance : ce résultat fut des plus favorables. Sous l'influence puissante du chlorate de potasse, et malgré l'administration continuée du mercure, les phénomènes d'excitation buccale se trouvèrent promptement modifiés : salivation, tuméfaction des gencives, douleurs, ulcérations de la muqueuse, etc., tous les symptômes de la stomatite spécifique s'amendèrent ou disparurent en quelques jours.

Je citerai pour exemples de cette merveilleuse action du chlorate, quelques-unes des observations recueillies par moi le plus récemment dans le service.

Obs. I. — M..., âgé de 32 ans, affecté de syphilide érythémateuse,

de plaques muqueuses, d'alopécie, etc., est soumis, depuis trois semaines, au traitement mercuriel. Dans les deux premières semaines, il a pris chaque jour une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure, sans excitation buccale bien manifeste. Dans la dernière semaine, deux pilules chaque semaine.

M... se présente le 15 juin dans l'état suivant : rougeur et tuméfaction des gencives ; le collet des dents, spécialement des incisives inférieures, est entouré d'un cercle très rouge, avec ulcération superficielle sur quelques points. — Enduit limoneux des dents ; enduit blanchâtre de la face dorsale de la langue. — Fétidité de l'haleine. — Ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes, en arrière de la dernière molaire inférieure du côté gauche. — Mastication très douloureuse. — Hémorrhagies gingivales fréquentes. — Salivation assez abondante.

Traitement : 2 pilules de proto-iodure. — Julep gommeux, 200 gr., avec addition de 6 grammes de chlorate de potasse, à prendre en deux fois dans la journée. — Tisane amère.

16 juin. — Le malade raconte qu'après chaque prise du chlorate il a éprouvé les symptômes d'un ptyalisme violent. Ce phénomème s'est manifesté une heure environ après l'ingestion du médicament ; il a persisté près d'une heure et demie. — Il s'accompagnait de la perception d'une saveur saline particulière. En dehors de ces deux accès de ptyalisme, la salivation a notablement diminué. — Douleur de mastication moindre. — Diminution déjà appréciable de la rougeur et de la tuméfaction des gencives. — Même traitement.

18 juin. Même effet ptyalique à la suite de chaque prise du chlorate, mais de moins en moins prononcé. A part ce ptyalisme chloratique, la salivation a presque complétement disparu. Les gencives sont beaucoup moins tuméfiées et moins rouges ; les ulcérations festonnées de la muqueuse autour du collet des dents sont cicatrisées ; l'ulcération située en arrière de la dernière molaire inférieure, du côté gauche, a notablement diminué d'étendue, et la plus grande partie de sa surface est recouverte d'un épithélium de nouvelle formation. — Nulle douleur dans la mastication. — Hémorrhagies gingivales devenues plus rares. — Même traitement.

20 juin. L'ingestion du chlorate ne s'accompagne plus que d'un léger ptyalisme, persistant de dix à vingt minutes. — Nulle salivation. — La tuméfaction des gencives a considérablement diminué et la rougeur du feston dentaire a presque entièrement disparu. — Cicatrisation achevée de l'ulcération située en arrière de la dernière molaire. — Nulle douleur ; mastication facile ; pas d'hémorrhagies gingivales. Même traitement.

22. A part un léger boursoufflement des gencives, encore subsistant, tous les symptômes de stomatite ont disparu.

Le 26, on cesse l'emploi du chlorate. — Le mercure est continué à la même dose, 10 centigrammes de proto-iodure chaque jour. Le 20 juillet, il ne s'est pas manifesté de nouveau symptôme d'excitation buccale. Les gencives conservent toujours un léger degré de boursoufflement.

Obs. II. — D..., âgé de 21 ans, entre à l'hôpital du Midi, le 20 mai, affecté de plusieurs chancres indurés, avec adénopathie inguinale spécifique. — Il est soumis, depuis un mois, au traitement mercuriel à raison d'une pilule par jour, au début, puis de deux pilules depuis une quinzaine.

Traitement prescrit lors de l'entrée : Pommade au calomel sur les chancres.— Deux pilules, chacune de 5 centigrammes de proto-iodure.

Des accidents de stomatite se manifestent à la fin de mai; ils sont conjurés par le chlorate, mais avec suspension du traitement mercuriel.

Le traitement mercuriel est repris le 5 juin, à raison d'une pilule; le 10, deux pilules.

16 juin. Accidents de stomatite datant de trois jours : rougeur et boursoufflement des gencives, spécialement au niveau des incisives inférieures, dont le collet est entouré d'un liseré très rouge, ulcéré sur quelques points. — Enduit limoneux des dents. — Ulcération superficielle mais assez étendue, siégeant en arrière de la dernière molaire inférieure du côté gauche. — Douleurs vives dans la mastication, avec hémorrhagies gingivales répétées. — Salivation moyenne. (Deux crachoirs d'hôpital dans le cours d'une journée.)

Traitement : continuation de la médication mercurielle. — Julep gommeux, avec addition de 6 grammes de chlorate de potasse.

18. Chaque prise de chlorate s'est accompagnée d'un ptyalisme abondant, persistant environ une heure. A part ce phénomène intermittent, la salivation a considérablement diminué. — Moins de rougeur et de tuméfaction des gencives. — L'ulcération buccale postérieure se rétrécit par un travail de cicatrisation très actif. — Mastication facile, sans douleur, sans hémorrhagie. — Même traitement.

20. La salivation mercurielle est suspendue; l'effet ptyalique du chlorate se manifeste encore, mais il est beaucoup moindre. — Encore un léger degré de rougeur et de tension des gencives. — Cicatrisation complète de l'ulcération située en arrière de la dernière molaire. Nulle douleur. — Même traitement.

23. Excellent état. Les gencives sont encore un peu tuméfiées; mais sans rougeur morbide. — Tous les autres symptômes de stomatite ont disparu. — On supprime le chlorate de potasse; le traitement mercuriel est continué sans accident.

Le *ptyalisme*, que l'on trouve signalé dans les deux observations

précédentes, consécutivement à l'ingestion de chaque dose de chlorate, est le seul effet physiologique de ce médicament qu'il nous ait été donné de remarquer. Ce phénomène s'est produit sur un grand nombre de malades, mais avec des degrés d'intensité variables : il consiste tantôt en un simple crachotement que les malades confondent avec la salivation mercurielle; tantôt en un ptyalisme très abondant, vif, subit, aigu en quelque sorte, et facilement distinct des effets qui appartiennent en propre au mercure. Ce n'est plus, en effet, cette salivation irritative et continue que produit l'agacement des dents ou la tension des gencives; c'est une simple hypersécrétion indolente, passive et temporaire : l'eau vient à la bouche à flots et sans douleur, comme sous l'empire d'une perception gustative et par un effet complétement analogue à l'afflux salivaire qu'excite l'odeur ou la vue d'un mets désiré.

Au point de vue des effets thérapeutiques, les résultats signalés dans les deux observations précédentes et reproduits sur un nombre considérable de malades, ne pouvaient laisser de doute sur l'efficacité puissante du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle. Ils démontraient d'une façon incontestable que ce médicament possède une influence toute spéciale sur les accidents buccaux produits par le mercure.

II.

Cependant, l'expérimentation ambitieuse ne se contenta pas de cette épreuve qui, pratiquement, paraissait plus que suffisante. Le chorate venait d'enrayer les phénomènes de la stomatite en présence même du mercure et malgré son administration continuée. L'on essaya davantage : l'on en vint, au moment même où l'action pathogénique de ce dernier médicament se traduisait sur la bouche par des phénomènes d'excitation plus ou moins vifs, l'on en vint, dis-je, à tenter d'exagérer encore cette influence ptyalique, pour mieux apprécier la puissance du correctif qu'on lui devait opposer. Ainsi, en présence d'une stomatite bien et franchement déclarée, non seulement l'on continuait l'emploi des mercuriaux, mais de plus, l'on en augmentait les doses, en même temps qu'on prescrivait l'emploi du chlorate.

Cette seconde épreuve fut encore favorable au puissant antiptyalique, mais non pas cependant d'une façon aussi absolue que la première. La plupart des malades, malgré l'augmentation des doses mercurielles, guérirent rapidement des accidents buccaux sous l'influence du chlorate. Mais, chez quelques-uns, l'amélioration se fit attendre et l'excitation buccale persista au delà de ses limites ordinaires. Dans certains cas même, que leur rareté permet d'appeler exceptionnels, le chlorate fut insuffisant, et, après avoir longtemps maintenu l'influence hydrargyrique, il fut en quelque sorte débordé par elle.

L'observation suivante offre l'exemple d'une stomatite dans laquelle le chlorate résista à deux augmentations successives des doses mercurielles.

Obs. III. — B..., âgé de 29 ans, entre au Midi, le 29 avril, pour un chancre induré et des plaques muqueuses. — Il est immédiatement soumis au traitement mercuriel : 5 centig. de proto-iodure chaque jour. — Le 7 mai, 10 centigram. de proto-iodure : cette dose est continuée dans le courant de mai et de juin.

Vers la fin de ce dernier mois éclatent des accidents de stomatite. — Le 28, tuméfaction légèrement douloureuse des régions parotidienne et sous-maxillaire ; boursouflement et rougeur des gencives ; ulcération commençante au pourtour de la dernière molaire inférieure du côté droit. Gencives extrêmement douloureuses, rendant la mastication très pénible. Salivation abondante, ayant rendu tout sommeil impossible dans les deux dernières nuits.

Traitement : 6 grammes de chlorate de potasse en 12 pilules. La médication mercurielle est continuée à la même dose le 28 et le 29 ; mais le 1er juillet, la dose de proto-iodure est portée à 15 *centigrammes.*

3 juillet. La tuméfaction des régions parotidienne et sous-maxillaire a complétement disparu ; les gencives ont perdu leur rougeur morbide et ne présentent plus qu'un léger degré de tuméfaction ; elles sont indolentes. — Mastication facile. — Nulle salivation. — Sommeil. — Même traitement.

9. Il subsiste toujours une certaine tuméfaction des gencives ; du reste, nul phénomène d'excitation buccale. — Le malade se plaignant d'une céphalée violente et de douleurs péri-articulaires, la dose de protoiodure est portée à 20 *centigrammes.* — Continuation du chlorate (6 grammes en 12 pilules).

Cette nouvelle augmentation de la dose mercurielle n'exerce aucune influence sur l'état de la bouche, qui reste toujours très satisfaisant.

Le 15, le chlorate est supprimé. — Nul accident buccal consécutif.

Ici donc, le succès est complet. Mais, je le répète, cette heureuse influence est loin de s'exercer dans tous les cas, et le chlorate ne résiste pas toujours à l'accroissement des doses mercurielles. Telle est l'observation suivante que je cite seulement en résumé : Stomatite violente, produite par la dose quotidienne de 10 centig. de proto-iodure. Dès le jour où se manifestent les accidents (16 juin), la dose est portée à 15 centigrammes ; — 6 grammes de chlorate de potasse. La salivation diminue rapidement ; les ulcérations buccales se cicatrisent ; mais il subsiste une tuméfaction gingivale assez prononcée qui témoigne de l'action continue du mercure sur la bouche. Ce boursoufflement des gencives ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun autre symptôme d'excitation buccale. Il persiste encore le 9 juillet, lorsqu'on prescrit une augmentation nouvelle de la dose de mercure (20 centigrammes de proto-iodure). Il se manifeste aussitôt des symptômes violents de stomatite qui forcent à suspendre la médication mercurielle. L'administration du chlorate est continuée à la dose quotidienne de 6 grammes. — Guérison rapide.

Ce n'est donc qu'après une augmentation considérable et deux fois répétée des doses mercurielles, que l'action du chlorate se trouve ici débordée par l'influence hydrargyrique.

En somme, de cette seconde série d'expériences, il ressortait ce résultat important et incontestable : que, dans la grande majorité des cas, *une nouvelle addition de mercure, prescrite dans le cours d'une stomatite, n'empêche point l'action préservatrice du chlorate sur la muqueuse buccale.*

III

Il se rattache à ces expériences, entreprises par M. Ricord, un autre intérêt que celui d'une curiosité thérapeutique. Il en ressort, avec une connaissance plus exacte de l'efficacité réelle du médica-

ment, une série d'indications pratiques, qu'il me reste à présenter, comme autant de conclusions légitimes des résultats observés.

1° *Une stomatite mercurielle étant produite, il n'est pas nécessaire, pour en conjurer les accidents, de supprimer la médication spécifique. Le chlorate de potasse, employé concurremment avec le mercure, suffit à la guérison.*

L'on conçoit quelle peut être l'importance de cette médication combinée, dans tous les cas où se présentent ces deux indications également pressantes, et qu'on regardait autrefois comme mutuellement exclusives l'une de l'autre, à savoir : remédier à l'influence pathogénique du mercure sur la muqueuse buccale, et combattre les accidents propres à la syphilis, menaçant l'intégrité d'un organe important.

2° *Dans le cours d'une stomatite, la dose des préparations mercurielles peut même être augmentée, concurremment à l'administration du chlorate, dans les cas où la gravité des accidents syphilitiques nécessite l'intervention immédiate d'une médication énergiquement répressive.*

Le plus souvent, cette exagération de l'influence mercurielle ne se traduit par aucune surexcitation des symptômes buccaux.

3° *Le chlorate de potasse ne constitue pas seulement un agent* CURATIF *des accidents buccaux produits par le mercure, il peut être également employé au titre d'agent* PROPHYLACTIQUE.

Ici, s'ouvre une voie nouvelle et encore inexplorée de la thérapeutique.

Il est fréquent, dans les hôpitaux consacrés spécialement à la syphilis, de rencontrer des malades tellement sensibles à l'action du mercure, que l'administration de ce médicament devient une difficulté de pratique incessante et souvent insurmontable. Cette idiosyncrasie regrettable déjoue tous les calculs, toutes les combinaisons de la thérapeutique, et finit par laisser le médecin et le malade dans l'alternative fâcheuse, ou bien de renoncer au traitement mercuriel au mépris des manifestations présentes de la syphilis et de ses conséquences ultérieures, ou bien d'insister

quand même sur la médication spécifique, en dépit de l'excitation buccale qu'elle provoque et qu'elle entretient.

Cet embarras n'existe plus aujourd'hui. Le chlorate de potasse, en effet, n'est pas seulement puissant à dominer l'influence pathogénique du mercure, alors qu'elle s'est traduite sur la muqueuse buccale par les symptômes d'une irritation plus ou moins vive ; il suffit encore à *prévenir ces manifestations,* ou, si l'effet ptyalique s'est déjà produit, à en empêcher le retour. C'est du moins ce que semble démontrer l'expérimentation clinique :

1° Sur toute une série de malades soumis au chlorate de potasse dès le début de la médication mercurielle, aucun accident de stomatite ne s'est déclaré.

2° Sur plusieurs sujets qui présentaient une extrême sensibilité aux préparations hydrargyriques, le chlorate de potasse a dominé cette idiosyncrasie, de façon à contenir l'action morbide du mercure, c'est-à-dire à prévenir la reproduction des accidents buccaux.

A ce double titre, donc, le chlorate de potasse constitue l'*agent prophylactique de la stomatite mercurielle.*

Il devient le compagnon obligé du mercure, dans tous les cas où l'influence pathogénique de ce médicament doit être prévenue et réprimée.

Une objection toutefois se présente : le chlorate de potasse, en contre-balançant les effets physiologiques du mercure, n'en contrarie-t-il pas également l'influence médicatrice ? — Or, d'une part, une longue expérience thérapeutique a démontré que le mercure n'agit point sur la syphilis par les conditions morbides qu'il peut développer, et c'est même un fait généralement accepté de nos jours que l'action médicatrice est souvent suspendue dès que les effets pathogéniques commencent à se produire. De là cette conclusion légitime : prévenir les effets pathogéniques du mercure n'est point en réprimer l'influence thérapeutique.

D'autre part, l'expérimentation clinique a déjà fait justice de l'objection précédente. L'on a pu voir, dans les services du Midi, des malades, présentant des accidents à peu près analogues, soumis comparativement, les uns aux préparations mercurielles seules,

les autres à l'usage simultané du mercure et du chlorate. Or, les faits observés jusqu'à ce jour semblent permettre d'établir que l'*action médicatrice des mercuriaux n'est en rien suspendue par le traitement anti-ptyalique.*

Cette question, du reste, en raison de son importance capitale, exige une étude approfondie. Les expériences se continuent, dirigées par M. Ricord, et des conclusions certaines pourront être établies sur leurs résultats ultérieurs (1).

A. FOURNIER.

(1) Des expériences consécutives ont démontré que l'administration même *longtemps continuée* du chlorate de potasse n'empêche nullement le mercure d'exercer son influence spécifique sur les accidents de la syphilis. Les effets pathogéniques *seuls* de la médication mercurielle sont réprimés; les effets curatifs persistent.

R.

TABLE DES MATIÈRES.

I

II

DU CHANCRE SIMPLE, CHANCRE MOU, CHANCRE NON INFECTANT.

III

CHANCRE INFECTANT, CHANCRE INDURÉ.

IV

RÉSUMÉ.

NOTES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES.

ERRATA.

I. Page 277, ligne 25, au lieu de : *à titre d'élément diagnostic complémentaire,* lisez : *à titre d'élément diagnostique complémentaire.*

II. Page 281, ligne 18, au lieu de : *relation autre qu'un simple fait de coïncidence,* lisez : *relation autre qu'une simple coïncidence.*



